UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE
ET MÉDICALE DE GRENOBLE

Année 1972 N° d'Ordre : 4

BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MATERNITE DE GRENOBLE DURANT L'ANNEE 1969

THÈSE

présentée
à la Faculté de Médecine
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
par

Monsieur GILLET Claude
né à TANLAY (89)

Soutenue publiquement le 14 Janvier 1972, devant la Commission d'Examen :

MM. Y. MALINAS Président
G. CAU
C. RACINET
J. THOME

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE
ET MÉDICALE DE GRENOBLE

Année 1972

N° d'Ordre : 4

BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MATERNITE DE GRENOBLE DURANT L'ANNEE 1969

THÈSE

présentée
à la Faculté de Médecine
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
par

Monsieur GILLET Claude
né à TANLAY (89)

Soutenue publiquement le 14 Janvier 1972, devant la Commission d'Examen :

MM. Y. MALINAS — Président
G. CAU
C. RACINET
J. THOME

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je dédie ce travail

A MES PARENTS

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

preuve de mon affection et de
mon amour.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MALINAS

Nous le remercions de nous avoir confié ce travail.
Ses conseils et son aide nous ont été d'un grand secours pour l'élaboration de cette thèse.
En témoignage de notre gratitude.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur CAU
Monsieur le Professeur RACINET
Monsieur le Docteur THOME

Ils nous ont fait le très grand honneur de bien vouloir juger notre travail.
Avec tous nos remerciements.

INTRODUCTION

Cette thèse est une contribution à l'étude statistique de l'activité de la Maternité de Grenoble durant l'année 1969. Cet ouvrage se présente comme un bilan dont l'intérêt est de permettre une comparaison avec les études statistiques des autres années, en particulier les thèses de Madame Bonnefoy pour l'année 1967 et de Madame Ytournel pour l'année 1968.

Il a été dénombré 1751 accouchements pendant l'année 1969, chiffre en baisse par rapport aux années précédentes. Ce bilan, portant sur 1715 observations, n'a qu'une valeur relative car nous rencontrons des difficultés : l'incompréhension du Français par certaines parturientes, la présence de lacunes dans la rédaction des observations, surtout en ce qui concerne la pathologie de la grossesse.

Il est à noter le grand avantage des consultations au Centre Obstétrical qui permettent une meilleure connaissance du développement de la grossesse actuelle et un dépistage des grossesses à haut risque.

Cette étude comprendra :

. un premier chapitre résumant l'activité globale de la Maternité

. un deuxième chapitre étudiant la pathologie de la grossesse

. un troisième chapitre consacré au travail

. un quatrième chapitre relatif aux suites de couches et au nouveau-né

. un cinquième chapitre intéressant la mortalité périnatale et la morbidité néonatale avec recherche étiologique

. un dernier chapitre proposant un essai de dépistage des grossesses à haut risque en fonction des antécédents médicaux, obstétricaux et gynécologiques de la parturiente.

G E N E R A L I T E S

I - TABLEAU GENERAL DES ACCOUCHEMENTS

	Nombre	%	Morts	%
Accouchements d'un enfant	1694	97,6	42	2,5
Accouchements gémellaires	21	2,4	5	11,9
Accouchements à la Maternité	1693	98,7	47	2,8
Accouchements à domicile	14	0,8	3	21,4
Accouchements du trajet	8	0,5	1	12,5
Total des accouchements	1715	100		
Total des enfants	1736	100	51	2,9

Sur 1715 accouchements, 22 se sont déroulés à l'extérieur de la Maternité. Ceux-ci se divisent en deux catégories : les accouchements à domicile et ceux du trajet. Dans ce premier cas les femmes viennent à la Maternité soit parce qu'elles saignent, soit pour accompagner l'enfant qui est adressé dans un pavillon d'Enfants Malades.

Si aucune mort maternelle n'est survenue pendant l'année 1969, le taux de mortalité globale des enfants est de 2,9 %.

Le pourcentage de mortalité est élevé dans les grossesses gémellaires, mais ces enfants sont de faible poids de naissance et sont souvent prématurés (5 enfants morts : une fois les deux jumeaux, deux fois le deuxième jumeau et une fois le premier jumeau).

II - CLASSEMENT EN FONCTION DU SEXE

	Enfants nés vivants		Enfants mort-nés		
	Grossesses simples	Grossesses gémel.	Grossesses simples	Grossesses gémel.	Total
Garçons	854	21	25	3	903
Filles	794	16	20	2	832
asexué			1		1

Sur le total de 1736 enfants nés pendant l'année 1969 (naissances à la Maternité et à l'extérieur) il n'y a qu'un seul enfant asexué (mort-né polymalformé).

Nous comptons 903 garçons pour 832 filles, soit 52 % de garçons et 48 % de filles. Le rapport de naissance est de 1,08 enfant de sexe masculin pour 1 enfant de sexe féminin, chiffre légèrement supérieur à celui des statistiques générales égal à 1,05.

Dans les grossesses gémellaires la prédominance est encore plus nette puisque nous comptons 57 % de garçons, soit un rapport de 1,33 pour 1.

Le taux de mortalité périnatale des grossesses simples est de 2,8 % pour les garçons et de 2,4 % pour les filles.

De même la mortalité périnatale est plus importante chez les garçons pour les grossesses gémellaires.

III - NAISSANCES EN FONCTION DE LA PARITE

	I	II	III	IV	V et plus	non précisé	Total
Enfants nés vivants	550	377	271	151	331	5	1685
Enfants mort-nés	17	7	7	6	14	0	51
Total	567	384	278	157	345	5	1736
% de naissances	32,7	22,1	16	9	19,9	0,3	100
% de morts	3	1,9	2,5	3,8	4	0	2,9
M Rapport de mortalité	106,20	67,26	84,07	134,52	134,50	0	

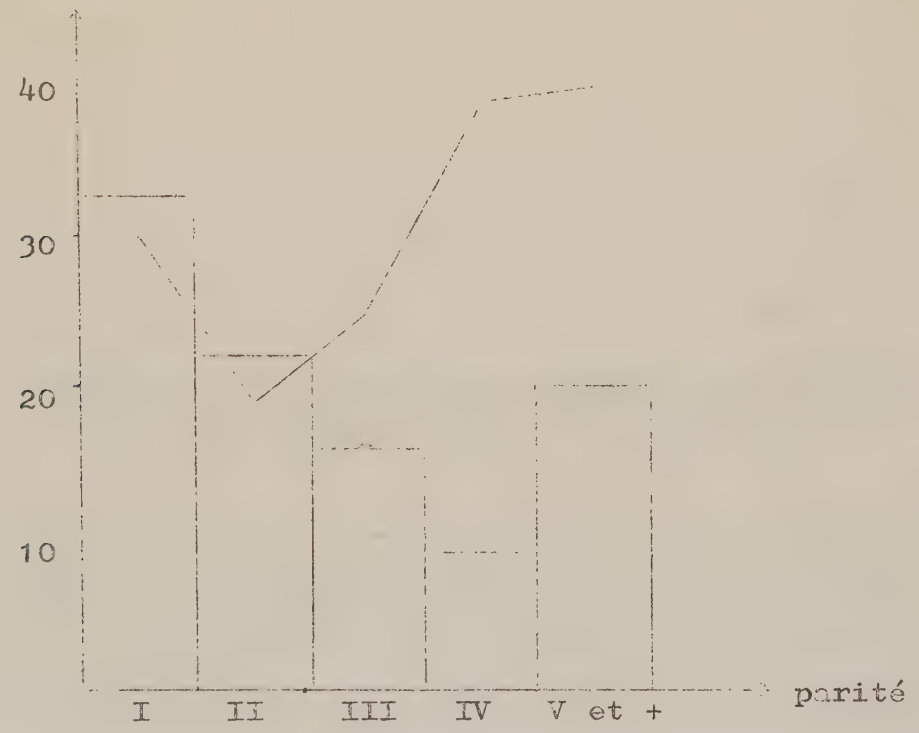
Dans ce tableau classant les naissances en fonction de la parité, nous avons calculé le rapport de mortalité qui correspond au pourcentage de mortalité d'une catégorie rapportée aux chiffres totaux d'accouchements et de morts.

$$M = \frac{\text{Nbre de morts d'une catégorie}}{\text{Nbre total de la catégorie}} \times \frac{\text{Nbre total d'accouchements}}{\text{Nbre total de morts}} \times 100$$

Tout résultat supérieur à 100 indique une surmortalité dans la catégorie correspondante.

Une surmortalité très nette apparait chez les grandes multipares notamment à partir des quatrième pares. Ces femmes sont en général plus agées.

Le meilleur résultat, taux nettement inférieur à 100, est obtenu chez les seconde pares. Les primipares ont un taux voisin de 100.



Histogramme des pourcentages de naissances en fonction de la parité et diagramme des taux de mortalité correspondants (échelle : 1 % = 10)

D'après cet histogramme le taux des parturientes décroit régulièrement des primipares aux multipares.

Le pourcentage élevé de la dernière colonne s'explique par le fait qu'elle regroupe les parités égales ou supérieures à cinq.

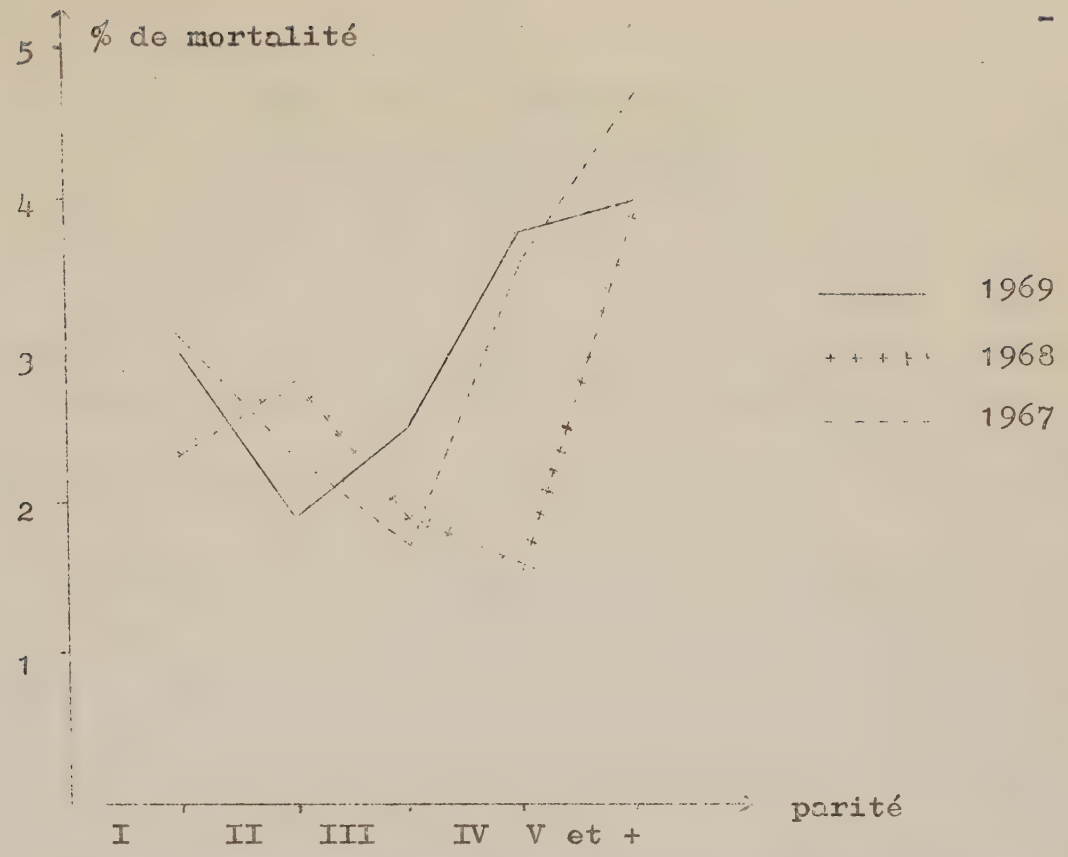


Diagramme des pourcentages de mortalité rapportés aux parités, des années 1967, 1968, 1969

Si on compare le taux de mortalité de ces trois années : le taux minimum correspond aux seconde pares en 1969 alors qu'il correspondait aux quatrième pares en 1968 et au troisième pares en 1967.

IV - NAISSANCES EN FONCTION DE LA NATIONALITE DE LA MERE

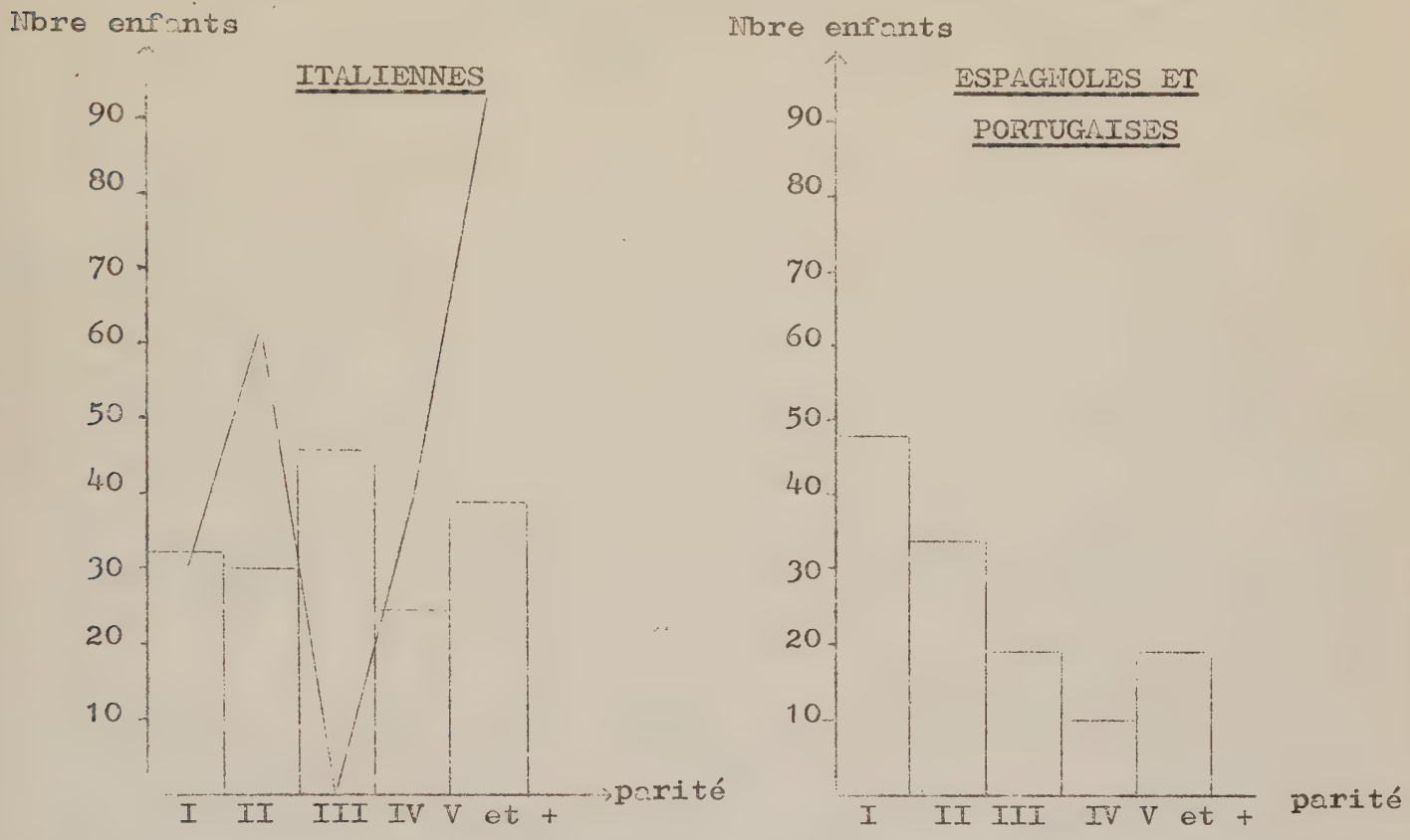
	Franç.	N-Afriq.	Ital.	Esp.	Port.	Youg.	Afriq. Noire	Divers	Total
Mort-nés macérés	5	2	3						10
Morts pdt. le travail	10	1	4						15
Morts avt. 7 jours	20	4	1		1				26
Vivants	999	314	172	57	72	10	15	46	1685
Total	1034	321	180	57	73	10	15	46	1736
% de naissances	59,6	18,5	10,3	3,3	4,2	0,6	0,9	2,6	
% de morts	3,4	2,1	4,4	0	1,4	0	0	0	

Dans ce tableau nous avons classé les parturientes en fonction de la nationalité de leur lieu de naissance.

La dernière colonne, sous la dénomination de "divers" réunit les parturientes de nationalités faiblement représentées ou omises dans les observations.

Les Françaises représentent 59,9 % des accouchements, taux en baisse par rapport à l'année 1967 où il était de 64,5 %.

La mortalité périnatale se répartit entre les quatre groupes les plus représentatifs : Françaises, Nord-Africaines, Italiennes et Portugaises. Le taux le plus élevé correspond aux Italiennes (4,4 %) et le plus faible aux Portugaises (1,4 %), ces dernières s'adaptant peut-être mieux aux conditions générales de vie.



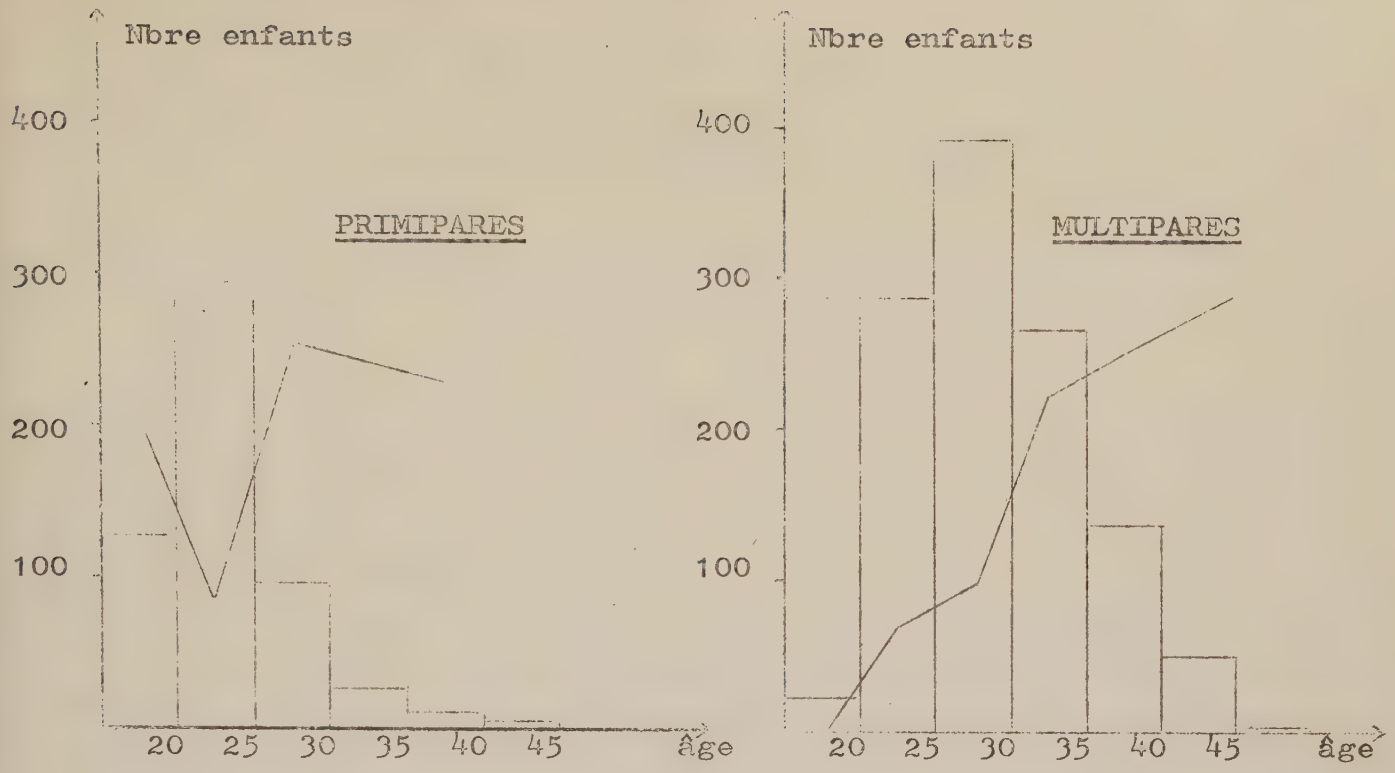
Histogrammes comparatifs des naissances en fonction de la parité des Espagnoles + Portugaises et des Italiennes et diagramme de mortalité pour ces dernières (échelle : 1 % = 10)

Chez les Italiennes le nombre des naissances dans chaque parité est sensiblement égal. On note cependant une anomalie sur le diagramme de mortalité : le taux élevé chez les seconde pares, est nul chez les troisième pares.

Les Espagnoles et Portugaises présentent un histogramme identique à l'histogramme général.

V - NAISSANCES EN FONCTION DE L'AGE ET DE LA PARITE DE LA MERE

		Vivants	Mort-nés macérés	Morts pdt. le travail	Morts avt. 7 jours	Total
PRIMIPARES	inf. à 20 ans	122	1		4	127
	de 20 à 24 ans	288	2	2	1	294
	de 25 à 29 ans	93	1		4	98
	de 30 à 34 ans	26		1	1	28
	de 35 à 39 ans	12				12
	de 40 à 44 ans	4				4
	sup. à 44 ans					
	non précisé	4				4
					Total	567
MULTIPARES	inf. à 20 ans	23				23
	de 20 à 24 ans	283	1	2	1	287
	de 25 à 29 ans	385		4	4	393
	de 30 à 34 ans	256	2	3	7	268
	de 35 à 39 ans	131	2	3	2	138
	de 40 à 44 ans	46	1		2	49
	sup. à 44 ans	3				3
	non précisé	8				8
					Total	1169



Histogrammes des naissances et diagramme de mortalité (échelle : 2 = 100) en fonction de la parité et de l'âge de la mère

Les primipares présentent un maximum d'accouchements entre 20 et 25 ans, le taux décroissant très rapidement avec l'âge.

Chez les multipares le pic est plus étalé puisqu'il recouvre trois classes : de 20 à 35 ans, avec un maximum de 25 à 30 ans.

Le taux de mortalité est sensiblement égal chez les primipares et les multipares (3 % pour 2,9 %).

Le diagramme de mortalité des primipares montre un taux peu élevé dans la classe des femmes de 20 à 25 ans.

Chez les multipares la mortalité devient importante au-delà de 30 ans.

VI - INFLUENCE DE LA POSITION SOCIO-ECONOMIQUE DE LA MERE

	SP	I	II	III	IV	Célibataires
Vivants	1145	29	7	166	173	165
Mort-nés macérés	6	1			2	1
Morts pdt. le travail	9			3	2	1
Morts avt. 7 jours	18			5		3
Total des morts	33	1		8	4	5
Total général	1178	30	7	174	177	170
% des enfants morts	2,8	3		4,6	2,2	2,2

Dans ce tableau nous avons classé les professions comme suit :

I : professions libérales, fonctionnaires et employées supérieures.

II : commerçants et artisans

III : fonctionnaires et employées subalternes

IV : ouvrières et salariées.

Nous avons groupé toutes les célibataires ensemble. Elles représentent 9,5 % des femmes ayant accouché. La moitié environ ont une profession de catégorie IV, les autres sont déclarées sans profession.

Ce tableau répartissant les naissances en fonction de la position socio-économique de la mère n'a qu'une valeur relative car il ne tient pas compte de la profession du père. Le meilleur exemple en est la catégorie "sans profession" qui regroupe des femmes appartenant à toutes les classes de l'échelle sociale.

Les catégories IV, sans profession et célibataires accouchent en grand nombre à la Maternité et présentent un taux de mortalité peu élevé.

Le pourcentage maxima (4,6) correspond à la classe III, défavorisée malgré sa position moyenne dans l'échelle sociale.

Quant aux catégories I et II, elles ne peuvent avoir une valeur statistique réelle étant trop peu représentées.

VII - ETUDE DE LA MORTALITE EN FONCTION DU DEGRE DE PREMATURITE

	< 1500g	≥ 1500 g < 2500 g	< 37 sem. ≥ 2500 g	Total
Enfants mort-nés macérés	5	3		8
Enfants morts pdt.le travail	4	2	1	7
Enfants morts avt. 7 jours	14	5		19
Total des enfants morts	23	10	1	34
Enfants vivants	7	119	57	183
Total général	30	129	58	217

La mortalité globale s'élève à 51 enfants morts pour 1736 en 1969 : 34 enfants prématurés et 17 nés à terme.

Ces deux classes présentent des taux de mortalité de :

. 1,1 % pour les enfants nés à terme (17 morts pour 1519 naissances) (1,1 % en 1968 et 2,1 en 1967).

. 15,7 % pour les enfants prématurés (34 morts pour 217 naissances) (12 % en 1968 et 7,7 % en 1967).

L'étude comparative de ces deux pourcentages met en relief l'importance de la prématurité comme cause de la mortalité périnatale.

Ces taux comparés à ceux des années précédentes permettent de constater que si le taux de mortalité des enfants nés à terme est identique à celui de 1968, il a diminué de moitié par rapport à 1967.

Inversement le taux de mortalité des enfants prématurés est en constante augmentation et a doublé par rapport à 1967.

Les enfants prématurés ont été divisés, selon le critère du poids de naissance, en trois classes dont les taux de mortalité sont de :

. 1,7 % pour les enfants de poids $\geq$ 2500 g mais $<$ 37 semaines (1 enfant mort pour 58)

. 7,7 % pour les enfants de poids $<$ 2500 g mais $\geq$ 1500 g (10 enfants morts pour 129)

. 76,6 % pour les enfants de poids $<$ 1500 g (23 enfants morts pour 30)

On peut conclure que la prématurité, avec très faible poids de naissance, est le facteur prédominant du taux de mortalité périnatale globale.

Si on diminue de 30 % le nombre des enfants prématurés morts, le taux de mortalité passe de 15,7 % à 11 % et celui de la mortalité périnatale globale de 2,9 % à 2,3 %.

Alors que si on diminue de 30 % le nombre d'enfants morts nés à terme, le taux de mortalité passe de 1,1 % à 0,8 % et celui de la mortalité périnatale globale de 2,9 % à 2,6 %.

Tableau comparatif des taux de mortalité des prématurés
(années 1895, 1897, 1898 - S. Tarnier et P. Budin)
(année 1969 - Centre Obstétrical de Grenoble)

Poids des enfants	1895 1897	1898	1969
Inférieur à 1200 g	95	100	88
de 1200 g à 1499 g	85	60	54
de 1500 g à 1999 g	61	13	14
de 2000 g à 2499 g	32	6,4	3,7

On remarque que les taux de mortalité des prématurés en 1969 sont voisin de ceux de 1898, à l'exception des enfants pesant de 2000 g à 2499 g dont le taux a diminué de moitié.

VIII - MODE DE TERMINAISON DES ACCOUCHEMENTS

	1969		1968		1967	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Spontanés	1560	89,87	1852	93,91	2102	95,45
Césariennes	53	3,05	38	1,92	32	1,46
Forceps	11	0,64	16	0,80	12	0,54
Vacuum extractor	100	5,82	58	2,95	44	2
VPMIGES	10	0,57	7	0,35	11	0,50
Embryotomies	1	0,05	1	0,05	1	0,04
Total	1736		1972		2202	
Nbre d'enfants nés à terme	1519		1727		1864	
Nbre d'enfants morts, nés à terme	17	1,10	19	1,10	40	2,10

Le taux des accouchements spontanés est en diminution par rapport aux années précédentes et les interventions, césariennes et vacuum extractor, sont maintenant plus fréquentes et moins hésitantes qu'autrefois.

Si ces interventions sont en nombre croissant, le taux de mortalité périnatale globale reste sensiblement égal.

Dans le chapitre précédent nous avons vu qu'il était principalement dû à la prématurité : 34 enfants sur 51 morts, dont 23 de poids inférieur à 1500 g.

Les césariennes et vacuum extractor, indiqués lors de dystocies ou d'accidents au cours de l'accouchement, peuvent sauver la vie des enfants naissant à terme, mais ne donnent bien souvent qu'une courte survie à l'enfant prématuré, n'apportant aucune solution au problème de son faible poids et de sa fragilité, facteurs de sa mort.

Par contre leur rôle dans la suppression de la souffrance foetale, génératrice de séquelles cérébrales, peut être important dans la diminution des risques secondaires de retard ou débilité infantiles.

Les manoeuvres par version interne et les grandes extractions du siège ont un taux constant.

Nous ne comptons qu'une seule embryotomie (cléidotomie) pour 1715 accouchements.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

I - LES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

11 cas sont relevés dans les observations. Leur nombre est certainement supérieur mais les femmes ne signalent pas toujours ce symptome lorsque sa fréquence et son intensité ont été faibles.

4 cas sont accompagnés d'amaigrissement et ont nécessité l'hospitalisation :

Obs.	Vomis.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar
192	2 mois ½	II	24	T	M	3700	9
743	1 à 5 mois	I	24	T	M	3370	7
490bis	4 à 7 mois	I	24	31° s.	F	1010	mort-né
366	2 mois	I	26	T	M	3050	10

Les autres cas ont été traités à domicile.

74	1 à 7 mois	I	19	T	F	3370	9
265	8 mois	I	25	35° s.	M	2180	8
690	7 mois	II	26	T	F	3430	9
1283	pdt.tte la G.	I	20	37° s.	M	2800	10
1468	1 à 3 mois	II	24	T	M	3420	10
1613	3 à 6 mois	I	20	T	M	2850	10
160	1 à 3 mois	I	21	30° s.	F	950	10

Ces vomissements se rencontrent chez les femmes de première et de seconde parité.

Enfants prématurés :

. $<$1500 g : 1 mort-né macéré, 1 d'apgar 10

. $\geq$1500 g $<$2500 g : 1 d'apgar 8

Enfants nés à terme :

. 1 seul d'apgar $\leq$ 7

. 4 d'apgar à 10

Quand ils ne sont pas cause d'atteinte grave de l'état général, les vomissements ne semblent pas avoir une influence importante sur le déroulement de la grossesse.

II - LES HEMORRAGIES GRAVIDIQUES

Nous les avons classées en trois catégories, les hémorragies du premier, du second et du troisième trimestre.

Les règles de grossesse (2 cas) se retrouvent dans les trois catégories.

1°) LES HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE

Nous en comptons 21. Elles sont considérées comme des menaces d'avortement accompagnées d'hémorragies plus ou moins importantes.

a) 2 sont secondaires à des manoeuvres abortives

Obs.	Hémor.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar
669	2° mois	X	35	T	M	3320	8
990 bis	2° mois	VII	33	22° s.	M	620	Dcd.

b) 5 sont suivies d'accouchements avant terme

175	3° mois	I	30	35° s.	M	2880	7
692	1° mois	II	30	36° s.	F	2200	9
343/344	3° mois	III	27	30° s.	M	2030	Dcd.
					F	1460	9
1063	3° mois	I	26	33° s.	M	2360	7
1346	2 mois ½	I	18	35° s.	F	2800	10

c) les autres se sont poursuivies normalement jusqu'à terme

Obs.	Hémor.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar
19	3° mois	I	23	T	F	3450	9
217	3° mois	VII	40	T	M	3550	8
666	2° mois	I	21	T	M	3600	10
754	1° mois	I	27	T	M	3250	10
837	1° mois	I	27	T	F	3420	4
1531	1° mois	II	25	T	F	3420	10
1703	3° mois	III	23	T	F	3430	10
1109	1° mois	III	25	T	F	3500	10
355	Règles de G.	II	21	T	F	3200	9
1096	Règles de G.	II	24	T	M	3420	9
1599	1° mois	II	30	T	F	3700	9
1645	1° mois	II	29	T	M	3720	10
5	2° mois	I	25	T	M	3300	10
188	2 mois ½	II	30	T	F	3470	7

19 cas (les deux secondaires à des manoeuvres abortives ne sont pas prises en considération), soit 20 enfants parmi lesquels 1 mort :

. 16 enfants nés à terme, tous vivants

. 4 enfants prématurés dont 1 mort. Le seul enfant de moins de 1500 g est vivant.

Il faut noter que ces chiffres n'ont qu'une valeur relative car nous n'avons étudié que les hémorragies correspondant aux grossesses allant à terme. Celles responsables d'avortements en début de grossesse n'ont pas été répertoriées ici.

Néanmoins on peut remarquer que les hémorragies qui ont cédé avant le milieu de la grossesse semblent élever la prématurité.

Les enfants à terme vont bien. Les prématurés ont un taux de mortalité très supérieur à celui de la prématurité globale (25 % pour 15,7 %).

2°) LES HEMORRAGIES DU SECOND TRIMESTRE

Nous en comptons 19 cas dont les causes sont variables :

a) 1 manoeuvre abortive

Obs.	Hémor.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar
581 bis	5°mois	IV	41	25° s.	F	1140	mort-né macéré

b) 2 béances de l'isthme

1540ter	5 mois ½	I	20	24° s.	M	860	mort-né
637	5 mois ½	I	26	24° s.	F	800	Dcd.

c) pour les autres hémorragies :

. 2 accompagnent une toxémie gravidique (obs. 1459 et 1730)

. 1 se présente dans un contexte syphilitique (obs.1662 bis).

160	6° mois	I	21	30° s.	F	950	10
391	4° mois	IV	29	T	M	3500	10
538	5° mois	II	22	T	F	3560	9
1224	5° mois	VI	26	T	M	3810	10
1457	5° mois	III	26	T	M	3260	9
1662 bis	6° mois	VI	24	25° s.	F	650	mort-né macéré
1730	6° mois	II	33	34° s.	F	2500	9
1459	6° mois	I	21	37° s.	F	2740	9

Obs.	Hémor.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar
355	Règles de G.	II	21	T	F	3200	9
1096	Règles de G.	II	24	T	M	3420	9
142	5° mois	VI	32	25° s.	F	700	6
570	5° mois	I	23	T	F	3350	8
912	6° mois	III	27	T	F	3200	10
1377	4° mois	IV	34	37° s.	M	3680	10
260 bis	débt.trav.	I	20	22° s.	F	600	mort-né macéré
574	6° mois	IV	25	24° s.	F	600	Dcd.

18 cas (une secondaire à une manoeuvre abortive n'est pas prise en considération), soit 18 enfants parmi lesquels 5 morts :

. 11 enfants nés à terme, tous vivants

. 7 enfants (dont 5 morts), tous prématurés de poids de naissance inférieur à 1500 g.

Ces hémorragies favorisent la prématurité puisqu'elle représente plus de 1/3 des cas. C'est cette dernière qui est la cause principale de la mortalité étant donné le faible poids de naissance des enfants morts (600 g - 800 g - 860 g - 650 g et 600 g).

On peut donc dire que si la femme n'expulse pas avant son sixième mois de grossesse, celle-ci évolue bien. Nous aurions 13 enfants dont 2 prématurés, tous bien portant.

3°) LES HEMORRAGIES DU TROISIEME TRIMESTRE

a) pour D.P.P.N.I.: 4

Obs.	Hémor.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar
848	débt.trav.	II	21	T	F	3020	9
1070	avt. trav.	VIII	36	35° s.	F	3060	10
111 bis	8° mois	IV	35	34° s.	M	2500	mort-né
1151	8° mois	I	26	35° s.	M	2350	10

b) pour placenta praevia : 15

116 bis	9° mois	IX	33	36° s.	M	2900	mort-né
370	débt.trav.	I	19	32° s.	M	1550	Dcd.
427/428	9° mois	III	30	37° s.	F	2350	10
					F	2180	8
471	8° mois	II	22	34° s.	M	2670	8
612	7° mois	III	29	28° s.	M	1260	7
570	5° et 9° mois	I	23	T	M	3350	8
663	8° et 9° mois	I	25	37° s.	M	1620	7
838	8° mois	I	21	35° s.	M	2730	8
982	8° mois	II	27	35° s.	F	2900	6
1284	9° mois	I	20	T	M	4100	9
1358	8° mois	III	39	32° s.	M	1090	Dcd.
1498	9° mois	I	30	T	F	3250	Dcd.
1653	8° mois	I	21	T	M	3650	10
645	8° mois	II	24	35° s.	M	2510	10
238	9° mois	IV	28	37° s.	F	2900	10

Parmi ces hémorragies, 10 se sont terminées par une césarienne dont 4 sont suivies d'enfants morts.

c) les autres hémorragies du troisième trimestre

On peut relever une cause possible : une version par manoeuvre externe une semaine avant l'accouchement (obs. 226).

Obs.	Hémor.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar
355	Règles de G.	II	21	T	F	3200	9
1096	Règles de G.	II	24	T	M	3420	9
114	8° mois	I	39	38° s.	M	3370	10
166	8° mois	IV	31	35° s.	F	2600	10
202	8° mois	V	33	37° s.	M	3080	10
226	9° mois	I	22	38° s.	F	3250	10
251	8° mois	IV	43	35° s.	F	2660	9
275	7° mois	I	20	30° s.	M	2170	10
278	9° mois	IV	25	39° s.	M	2950	10
535/536	7° mois	I	28	30° s.	F M	1180 940	Dcd. Dcd.
831	7° mois	I	20	30° s.	M	1500	10
865	9° mois	II	25	39° s.	F	3210	10
916	9° mois	VII	38	39° s.	M	3650	10
925	8° mois	III	38	35° s.	M	2600	7
980	9° mois	II	26	38° s.	M	2510	10
981	9° mois	III	21	T	F	3200	10
1097	7° mois	IV	36	28° s.	F	1520	1
411	8° mois	III	24	35° s.	F	3730	10
967	8° mois	I	25	38° s.	M	3000	8
362	8° mois	V	33	T	F	3380	9
1146	débt. trav.	VII	34	37° s.	M	2300	8
1501	débt. trav.	I	29	T	M	3660	10

41 cas soit 43 enfants parmi lesquels 7 morts :

. 30 enfants nés à terme dont 3 morts

. 13 enfants prématurés comprenant :

- 9 enfants de poids $\geq$ 1500 g et $<$ 2500 g dont 1 mort
- 4 enfants de poids $<$ 1500 g dont 3 morts.

Les enfants prématurés de poids inférieur à 1500 g représentent 1/10ème des cas.

On compte des enfants morts dans chaque classe :

. à terme : 3

. prématurés $\geq$ 1500 g : 1

. prématurés $<$ 1500 g : 3

Les hémorragies du troisième trimestre sont responsables de la mortalité soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de la prématurité qu'elles entrainent.

Ces 7 morts sont dues :

. au D.P.P.N.I faiblement représenté (1/4)

. au placenta praevia (4/15)

contre lesquels les moyens thérapeutiques actuels sont souvent peu efficaces.

. à une hémorragie de cause inconnue (2/20). Ces deux enfants morts sont des jumeaux de grossesse gémellaire non diagnostiquée, de poids inférieur à 1200 g. Leur état de prématurité est la cause principale de leur mort.

Le diagnostic de placenta praevia se fait maintenant par les ultra-sons. Il permet seulement d'établir un pronostic d'évolution de la grossesse : toute grossesse présentant une hémorragie du 3ème trimestre n'ayant pas pour origine le placenta praevia a toute chance de bien évoluer.

incidence des hémorragies gravidiques sur les naissances (tableau récapitulatif)

		Préma. < 1500 g			Préma. ⩾ 1500 g ⩽ 2500 g			Terme		
		Viv. >7	Viv. ⩽7	Dcd.	Viv. >7	Viv. ⩽7	Dcd.	Viv. >7	Viv. ⩽7	Dcd.
1. Trimestre		1		0	1	1	1	13	3	
2. Trimestre		1	1	5				11		
3. Trimestre	Praevia		1	1	2	1	1	7	1	2
	DPPNI				1			2		1
	Autres			2	3	1		16	1	0

Les hémorragies du premier et du second trimestre, responsables d'une prématurité à taux de mortalité élevé, ont peu d'incidence sur les enfants nés à terme.

L'hémorragie du troisième trimestre, facteur de mortalité élevé quel que soit le terme quand elle est due au placenta praevia ou au D.P.P.N.I., est de pronostic favorable en dehors de ces causes.

III - LES TOXEMIES GRAVIDIQUES

1°) LE SYNDROME DE PREECLAMPSIE : 31 obs.

Obs.	Parité	Age	Terme	Gain Pond.	Oedemes	TA	Alb.	Sexe	Poids	Apgar
90/91	I	19	35°s.	+ 18	++	15	+++	M F	2740 2150	10 10
115	III	28	T	+ 11	+	14,5	+	F	3720	9
199	I	25	31°s.	+ 12	++	15,5	++++	F	1750	10
257bis	VI	45	33°s.		+	22	++	F	1500	mort-né
265	I	25	35°s.		+	15,5	+++	M	2180	
324	V	39	37°s.	+ 13	+	18	+	F	2900	10
381	III	25	37°s.	+ 15	+	17	+	F	2550	10
409	II	35	35°s.		+	16,5	+	M	4100	
420bis	III	27	40°s.	+ 13	+	15	+	M	3700	mort-né
422	VI	32	T	+ 30	+++	15	+	F	3000	10
424	I	19	T	+ 14	+	17	+	M	2700	9
431	VII	38	T		+++	16	+	F	4000	9
442	V	35	32°s.		++	22	+	F	1800	5
548	I	21	T	+ 19	+	14,5	+	M	3800	10
883	I	20	37°s.	+ 19	+	14	++	F	3080	8
688	IX	28	32°s.		+	18	++	F	1150	10
778/779	I	28	32°s.		++	18	++++	M F	1730 1250	10 Dcd.
909	I	21	T	+ 17	+	14	+	M	3950	9
954	IV	31	35°s.	+ 16	+++	18	++	M	3100	
1053bis	VI	34	T	+ 15	++	14,5	+	F	2730	mort-né macéré
1058	II	27	T	+ 16	+	14,5	+	F	2900	10
1064	IV	24	40°s.	+ 16	++	17	+	M	3550	10

Obs.	Parité	Age	Terme	Gain Pond.	Oedemes	TA	Alb.	Sexe	Poids	Apgar
1095	VI	43	T	+ 17	+	16	+	M	3700	10
1358	III	26	33°s.	+ 10	+	15	++	M	1090	Dcd.
1403	I	19	35°s.	+ 11	+	18	++	F	2700	10
1564	VI	39	T	+ 11	++	15	++	M	4000	10
1713	I	18	T	+ 14	+	14	++	F	3000	10
1726	I	16	35°s.		++	23	+++	M	2580	10
1730	II	33	35°s.		++	18	+	F	2500	9
32	IV	23	T		+	14,5	+	F	3900	9
860	I	24	T	+ 16	+	17	+	F	3500	10

Le syndrome éclamptique représente 31 cas sur 1715 accouchements. 33 enfants sont nés parmi lesquels :

. 25 à terme dont 2 morts

. 8 prématurés comprenant :
- 5 enfants de poids compris entre 1500 g et 2500 g dont 1 mort
- 3 enfants de poids inférieur à 1500 g dont 2 morts.

Plus de 1/5 des enfants sont prématurés et sur le total de 5 enfants morts on en dénombre 3.

A ce tableau de prééclampsie peuvent s'ajouter deux complications :

a) l'éclampsie : 1 cas

Obs. 860 bis : Primipare, deuxième geste de 25 ans. Expulsion spontanée en siège à la 35ème semaine d'un foetus mort-né macéré de 1500 g. Albuminurie ++, T.A. 15/8, gain pondéral + 15 kg.
Convulsions de la mère nécessitant une réanimation. Oligoanurie hématurique.

b) l'hématome rétroplacentaire : 6 cas diagnostiqués sur le placenta au moment de la délivrance, ne s'étant révélés par aucune hémorragie extérieure préalablement.

Obs.	Parité	Age	Terme	Gain Pond.	Oedemes	TA	Alb.	Sexe	Poids	Apgar
890 bis	III	27	35°s.			13	+	F	2530	mort-né
982	II	27	35°s.			13,5	+	F	2900	6
1069	IV	27	36°s.			10		F	2320	5
1070	VIII	36	35°s.			14		M	3060	10
1386	I	19	30°s.	+ 7,5		11,5		F	1770	5
1475	VI	36	T			10,5		M	3900	10

On compte deux enfants prématurés et trois enfants nés à terme dont un mort.

	Préma. < 1500 g			Préma. ≥ 1500 g < 2500 g			Terme		
	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.
Prééclampsie	1		2	3	1	1	22	1	2
Eclampsie						1			
Hématome Rétroplacentaire					2		2	1	1

tableau récapitulatif

Ce syndrome de toxémie complet ou compliqué compte 38 cas donnant naissance à 40 enfants dont 7 morts, soit 13,7 % de la

mortalité périnatale globale :

. 29 enfants nés à terme dont 3 morts,

. 11 enfants prématurés dont 4 morts.

Le taux de mortalité des enfants nés à terme (10,1 %) est dix fois supérieur à celui de mortalité globale de ces enfants (1,1 %).

Le taux de prématurité (27,5 %) est le double de celui de la prématurité globale (12,5 %) et le taux de mortalité des prématurés (36,3 %) correspond à celui de la prématurité en général (15,7 %).

Ce syndrome d'une fréquence de 2,2 %, facteur de mortalité très important chez les enfants à terme favorise également la prématurité. Il est à noter cependant que ces pourcentages élevés n'ont qu'une valeur statistique relative étant donné le nombre peu élevé de cas.

2°) MALADIE GRAVIDIQUE TARDIVE

	Préma. < 1500 g			Préma. ≥ 1500 g < 2500 g			Terme		
	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.
Albumine +			2	9	2	1	103	5	3
Albumine ++	1						13		
Albumine +++							3		
H.T.A.			2	4	3		60	2	1

a) Albuminurie isolée : 142 cas classés en fonction de leur importance.

- Albuminurie + : 125 cas

  . 110 enfants nés à terme parmi lesquels 103 ont un bilan d'apgar supérieur à 7 et 3 sont morts (1 avec D.P.P.N.I, 1 avec diabète, 1 polymalformé)

  . 15 enfants sont prématurés : 3 morts au total dont 1 de poids compris entre 1500 g et 2500 g et 2 de poids inférieur à 1500 g, sans autre étiologie que leur prématurité

Cette albuminurie à + prise isolément n'a pas de retentissement important sur la grossesse étant donné que la mortalité est due à d'autres étiologies.

- Albuminurie ++ : 14 cas

  14 enfants dont 13 à terme d'apgar supérieur à 7

  1 prématuré d'apgar supérieur à 7.

- Albuminurie +++ : 3 cas

  3 enfants nés à terme et d'apgar supérieur à 7.

b) Hypertension artérielle isolée : 72 cas

La tension artérielle maxima est supérieure à 14, le chiffre le plus élevé étant 18.

. 63 enfants sont nés à terme dont 60 d'apgar supérieur à 7. Un seul enfant mort chez une femme présentant un placenta praevia hémorragique.

. 9 enfants prématurés dont deux de poids inférieur à 1500 g, tous deux polymalformés et décédés. Dans ces deux cas les femmes avaient une tension artérielle maxima de 15 et l'une d'elles présentait une béance de l'isthme.

c) symptomes associés

	Préma. < 1500 g			Préma. ≥ 1500 g < 2500 g			Terme		
	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.
Albumine + Oedèmes				1			6	2	
Albumine + HTA	2			1			18	1	
HTA + Oedèmes				2			6		

- Albumine + Oedèmes : 9 cas parmi lesquels un enfant prématuré d'apgar supérieur à 7.

- Albumine + HTA : 22 cas parmi lesquels 3 enfants prématurés tous d'apgar supérieur à 7.

- HTA + Oedèmes : 8 cas dont 2 enfants prématurés d'apgar supérieur à 7.

Pour ces trois associations on ne compte aucun enfant mort. Les résultats sont bons. Ces facteurs n'ont qu'une faible incidence sur la grossesse.

On compte 253 cas de symptomes isolés ou groupés par deux, soit une fréquence de 14,8 % :

. 223 enfants nés à terme dont 4 morts soit un taux de mortalité de 1,8 %

. 30 enfants prématurés dont 5 morts, soit un taux de prématurité de 11,8 % et un taux de mortalité de 16,6 %

Ces taux sont voisins des pourcentages généraux.

Si les symptomes isolés ont peu d'influence sur la grossesse, leur association en un syndrome de toxémie complet ou compliqué est cause d'une mortalité importante.

3°) LE GAIN PONDERAL PENDANT LA GROSSESSE

Toute augmentation de poids supérieure à 10 kg pendant la grossesse est un signe de début de toxémie gravidique.

213 cas répartis en fonction du gain pondéral :

. de 10 à 12 kg : 83
. de 12 à 14 Kg : 45
. de 14 à 16 kg : 29
. de 16 à 18 kg : 26
. de 18 à 20 kg : 22
. de plus de 20 kg : 10

Nous avons un maximum avec un gain de 30 kg. Nous allons étudier dans chaque catégorie son incidence sur la grossesse.

	Préma. < 1500 g			Préma. ⩾ 1500 g ⩽ 2500 g			Terme		
	Viv. > 7	Viv. ⩽ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ⩽ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ⩽ 7	Dcd.
10 à 12				4		1	77	1	
12 à 14				5	1		38	1	
14 à 16				1	1		26	1	
16 à 18							26		
18 à 20							21	1	
Sup. à 20				1	1		7	1	

On compte 215 enfants dont 1 mort :

. 200 enfants nés à terme dont 195 d'apgar supérieur à 7.

. 15 enfants prématurés dont le seul enfant mort (hydramnios de 8 litres), pesant tous plus de 1500 g.

Un gain pondéral supérieur à 10 kg pendant la grossesse n'a qu'une influence très faible sur celle-ci.

IV - INFECTION DES VOIES URINAIRES

1°) LES PYELONEPHRITES : 7 cas

Obs.	Parité	Age	Infection	Terme	Sexe	Poids	Apgar	S.d.c.
169	I	19	6° mois	T	M	4350	10	RAS
725	I	22	2° Trim.	T	M	3520	10	RAS
1548	II	24	3° mois	42° s.	M	3600	10	RAS
1591	I	18	6° mois	37° s.	M	2300	10	Préma.
660	I	22	7° mois	T	F	3340	10	RAS
1441	I	18	5° mois	27° s.	M	1300	10	Dcd.
1540 ter	I	20	1° Trim.	24° s.	M	860	mort-né	

2°) LES COLIBACILLOSES ET CYSTITES : 13 cas

170	III	25	8°et 9° mois	T	M	4330	9	RAS
583 bis	I	20	6° mois	25° s.	F	870	mort-né	
668	I	21	2° Trim.	T	F	2750	10	RAS
831	I	20	2° mois	30° s.	M	1500	10	PE:Ictère
832	I	23	3° mois	T	F	3380	10	RAS
857	I	29	6° mois	T	M	3680	10	RAS
1388	I	22	1°et 2° Trim.	T	F	3550	10	RAS
1454	I	19	2° Trim.	37° s.	M	3260	10	RAS
1459	I	21	6° mois	37° s.	F	2740	9	RAS
1457	III	26	8°et 9° mois	T	M	3260	9	RAS
1649 bis	II	25		T	F	3290	10	RAS
1656	I	21	5° mois	T	M	2850	10	colibacil. fébrile
926	II	30	6° mois	T	M	3260	10	RAS

	Préma. < 1500 g			Préma. ≥ 1500 g < 2500 g			Terme		
	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.
Pyélonéphrites			2	1			4		
Colibacilloses + Cystites			1	1			11		

20 cas, soit une fréquence de 1,2 %, donnant naissance à 20 enfants dont 3 morts :

. 15 enfants nés à terme, tous vivants d'apgar supérieur à 7

. 5 enfants prématurés, dont 3 morts, les seuls pesant moins de 1500 g (2 de poids inférieur à 900 g).

Le taux de prématurité est le double de celui de la prématurité globale (25 % pour 12,5 %)

De même le taux de mortalité chez ces prématurés est le double de celui de la mortalité globale des prématurés (60 % pour 15,7 %).

Les infections des voies urinaires sont responsables d'une prématurité à taux de mortalité élevé.

V - CARDIOPATHIES ET GROSSESSE

Nous en comptons 11.

Obs.	Parité	Age	Cardiopathie	Acct.	Terme	Sexe	Poids	Apgar
132	I	17	RAA	Spont.	T	M	2870	8
524	I	25	RA après RAA	Spont.	T	F	2970	10
811	II	29	RA après RAA	Spont.	T	M	3310	9
1002	V	31	RAA Erythème noueux	Spont.	T	M	3950	
1086	I	39	IM après RAA	Ces.	T	M	2840	9
1325	VI	26	RM	Spont.	T	M	3800	10
1614	IV	32	RM + IT (ICD)	Spont.	T	F	3400	9
1676	III	22	IM	Spont.	38° s.	F	3210	10
1198	V	23	IM + IA après RAA	Spont.	T	M	3360	10
1466	II	23	IM après RAA	Spont.	T	M	4100	10
1490	V	33	ICG	Spont.	36° s.	M	2480	8

7 cardiopathies correspondent à des séquelles de RAA antérieurs.

11 enfants tous vivants d'apgar supérieur à 7 dont un seul prématuré pesant plus de 1500 g.

Toutes ces grossesses, chez des femmes présentant une maladie cardiaque ont très bien évolué.

VI - PATHOLOGIE MEDICALE

1°) LES INFECTIONS DES VOIES GENITALES

Nous distinguons :

a) les vaginites : 17 cas

. 2 vaginites à trichomonas sans incidence, sont relevées (obs. 177 et 1452). Elles sont certainement beaucoup plus nombreuses.

. 2 vaginites à candida albicans (obs. 591 et 1478), toutes deux traitées par mycostatines.

. 1 vaginite gonococcique (obs. 216)

. 1 vaginite à staphylocoques, eschérichiae coli et stréptocoques (obs. 818)

. 1 vaginite mycosique (obs. 1296)

. 1 vaginite granuleuse (obs. 1603)

. 9 vaginites dont l'étiologie n'est pas précisée (obs. 17, 870, 996, 1175, 1176, 1656, 1672, 1682 et 686). Aucune anomalie de la grossesse ou de l'accouchement.

Ces vaginites n'ont eu aucune incidence sur la grossesse.

b) les cervicites : 2 cas

obs. 936/937 : accouchement prématuré gémellaire à la 34ème semaine

obs. 1280 : sans incidence

c) métrite : 1 cas associé à une vaginite à candida ayant nécessité une électrocoagulation du col (obs. 1478).

2°) LES MAMADIES INFECTIEUSES

a) la syphilis : 13 cas

Obs.	Parité	Age	Ethnie	Terme	Sexe	Poids	Apgar	BW enft.	BW mère
25	I	35	Asie	35°s.	F	2730	8	-	++
404	I	23	Esp.	T	F	3500	10	-	+
631	VIII	36	Alg.	T	M	4150	10	-	- (Nelson +)
832	I	23	Franç.	T	F	3380	10	+	+
913	III	26	Franç.	T	F	4000	10	++	++
1436	VI	37	Alg.	T	F	3150	10	+	+
1526	II	22	Alg.	T	M	3150		+	+
1649	I	21	Franç.	T	F	4150	9	+	+
1733	II	23	Alg.	T	M	3150	10	++	+++
1584	VII	32	Alg.	T	F	3200	10	(non fait)	+
1662 bis	VI	24	Alg.	23°s.	F	650	mort-né macéré		+
475	I	21	Alg.	35°s.	F	2300	9	+	+
1514	I	22	Alg.	31°s.	M	1750	10	+	+++

Nous observons un enfant mort-né macéré.

Le BW de l'enfant fait sur le sang du cordon est positif dans 8 cas (l'examen n'a pas pu être fait pour l'un des enfants).

Les enfants ont des bilans d'apgar élevés, égaux à 10 pour huit d'entre eux et supérieur à 7 pour les 3 autres.

Examinons l'éthnie de ces femmes :

. 8 sont Nord-Africaines
. 1 est Espagnole
. 1 est Asiatique
. 3 sont Françaises (1 mariée à un Italien, 1 à un Français tous deux en bonne santé, 1 vivant maritalement, le concubin actuellement en traitement pour syphilis).

b) La tuberculose

Nous en comptons 3, actuellement en traitement au cours de leur grossesse.

Obs.	Parité	Age	Sexe	Poids	Terme	Apgar	Organe
322	I	21	F	1920	34°s.	9	Tub. pulmon.
969/970	III	26	M M	2460 1600	T	10 8	Ostéomyélite
549	I	22	M	3250	T	10	Tub. pulmon.

c) les oreillons : 1 cas au 3ème mois de la grossesse

Obs. 1001 : Deuxième pare de 21 ans, accouche à terme d'une fille de 3050 g d'apgar 10.

d) La rougeole : 2 cas

Obs. 1298 : Rougeole au 4ème mois de la grossesse
Primipare de 20 ans accouche à la 31ème semaine d'une fille de 2300 g d'apgar 10.

Obs. 1522 : Rougeole au 4ème mois de la grossesse.
Troisième pare de 28 ans accouche à la 36ème semaine d'un garçon de 3300 g d'apgar 10.

e) la rubéole : 1 cas à 2 mois ½ de grossesse

Obs. 1658 : quatrième pare de 28 ans accouche à terme d'un garçon de 3360 g d'apgar 9.
Enfant pas de malformations. La mère a reçu des injections gamma-globulines.

f) la grippe : 4 cas compliqués d'infection pulmonaire grave

Obs. 1696 : grippe en fin de grossesse.
Deuxième pare de 22 ans accouche à terme d'un garçon de 2700 g d'apgar 9.

Obs. 1718 : pneumonie grippale en fin de grossesse avec atelectasie segmentaire.
Cinquième pare de 34 ans accouche à terme d'un garçon de 3530 g d'apgar 9 qui décède le lendemain dans un syndrome hémorragique (atteinte grippale transplacentaire).

Obs. 1714 bis : pneumonie grippale maternelle en fin de grossesse.
Deuxième pare de 25 ans accouche à la 37ème semaine d'une fille de 2500 g, mort-née.

Obs. 490 bis : grippe au 6ème mois.
Primipare de 21 ans accouche à la 30ème semaine d'une fille de 1010 g, mort-née macérée hydrocéphale.

Parmi les 3 enfants morts, 1 est prématuré de poids égal à 1000 g et hydrocéphale.

3°) LES AFFECTIONS VASCULAIRES

a) les phlébites : 2

Obs. 1358 : phlébite au 7ème mois de la grossesse.
Troisième pare de 39 ans accouche par césarienne à la 32ème semaine d'un garçon de 1090 g d'apgar 5 qui décède deux jours après. (hémorragie par placenta praevia)

Obs. 1675 : phlébite au 5ème mois de grossesse.
Troisième pare de 24 ans accouche à la 37ème semaine d'un garçon de 3480 g d'apgar 10.

b) les varices

. varices des membres inférieurs : 53
. varices vulvaires : 11
. ulcères variqueux : 2 (obs. 345 et 1275)

sans incidence sur les grossesses

4°) LES MALADIES DE LA NUTRITION

a) le diabète : 6 cas

Obs.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar	Mode d'acct.
409	II	35	35°s.	M	4100		Césarienne
718	I	34	35°s.	F	2260	10	Césarienne
937 bis	I	22	28°s.	M	1540	mort-né macéré	
1186	III	39	35°s.	M	2900	10	Spontané
1734	VIII	43	41°s.	M	3750	9	Spontané
1447 bis	VI	35	T	F	4600	mort-né	Vacuum extractor

Le diabète est une affection de haute mortalité puisque nous comptons 2 enfants morts sur 6, dont 1 de poids $>$ 4000 g.

b) Ethylisme : 1 cas

Obs. 1086 : Ethylisme chronique. Femme ayant présenté une période d'aménorrhée de deux ans.
Primipare de 39 ans accouche à terme par césarienne après échec de tentative de déclenchement du travail d'un garçon de 2840 g d'apgar 9 (enfant hypotonique).
Hypogalactie dans les suites de couches.

c) amaigrissement : 1 cas

Obs. 1592 : amaigrissement de 12 kg au 6ème mois de grossesse, mais gain pondéral de 17 kg en fin de grossesse.
Deuxième pare de 26 ans accouche à la 36ème semaine d'un garçon de 3010 g, d'apgar 10.

d) obésité

41 femmes présentaient une obésité avant la grossesse. Ce nombre est certainement inférieur à la réalité car nous n'avons pas souvent le poids de la mère avant sa grossesse. Seul est indiqué le poids au moment de l'accouchement à l'entrée à la Maternité.

Les accouchements des obèses sont en général longs. Celles-ci mettent au monde de gros enfants bien souvent de poids supérieur à 4000 g.

5°) LES AFFECTIONS HEPATIQUES

a) hépatites virales : 2 cas

Obs. 692 : hépatite virale 15 jours avant l'accouchement.
Deuxième pare de 30 ans accouche par vacuum extractor à la 37ème semaine d'une fille de 2200 g, d'apgar 9.

Obs. 1065 : hépatite virale au 2ème trimestre.
Dixième pare de 31 ans accouche à terme d'un garçon de 3100 g, d'apgar 10.

b) Ictère de cholostase : 2 cas

Obs. 615 : Ictère au 3ème mois de grossesse.
Quatrième pare de 25 ans, accouche à terme d'un garçon de 3750 g, d'apgar 9

Obs. 986 : Ictère au 8ème mois de grossesse.
Deuxième pare de 23 ans, accouche à la 36ème semaine d'un garçon de 3220 g, d'apgar 9.

Tous les enfants vont bien. Un seul prématuré pesant 2200 g.

6°) LES AFFECTIONS NEURO-PSYCHIATRIQUES

a) Les affections neurologiques

. l'épilepsie : 7 cas

Obs.	Parité	Age	Terme	Sexe	Poids	Apgar	Mode d'accouchement
276	IV	28	T	M	3200	10	Spontané
341	I	42	T	F	2500	7	Forceps
878	II	27	T	F	3020	10	Spontané
1024	II	21	T	M	3100	10	Spontané
1692	II	27	T	M	3950	10	Spontané
1722	II	27	T	M	3850	10	Spontané
1471	I	19	41°s.	F	2600	9	Spontané

. hémorragie méningée : 1 cas

Obs. 1554 : Cinquième pare de 34 ans. Césarienne au terme de 8 mois chez une femme atteinte de coma par hémorragie méningée récidivante due à une malformation vasculaire (angiome de l'artère cérébrale antérieure droite). Accouchement d'une fille de 3050 g, d'apgar non précisé en bonne santé au 7ème jour de vie.

b) les affections psychiatriques.

. dépressions nerveuses : 10 cas
(obs. 88, 135, 175, 391, 1031, 1150, 1392, 1576, 1602, 549).

. bouffées délirantes : 1 cas (obs. 260 bis)

. état semi-confusionnel : 1 cas (obs. 1311)

Parmi ces affections groupées sous le titre général de Pathologie Médicale, certaines ont peu d'incidence sur l'état de l'enfant alors que d'autres ont été responsables de mortalité importante :

. le diabète : 6 cas parmi lesquels 1 enfant né à terme mort et 1 enfant mort-né macéré.

. la grippe : 4 cas parmi lesquels 2 enfants nés à terme morts et 1 enfant prématuré pesant moins de 1500 g mort.

VII - PATHOLOGIE CHIRURGICALE

1°) LES FIBROMES : 2 cas

Obs. 1038 : Fibrome opéré au 3ème mois de grossesse.
Primipare de 30 ans, accouche à terme d'un garçon de 2840 g, par grande extraction du siège, d'apgar 8.

Obs. 1429 : Fibrome
Cinquième pare de 38 ans, accouche à terme d'un garçon de 3350 g, d'apgar 9.

2°) KYSTE DE L'OVAIRE : 1 cas

Obs. 25 : Kystes bilatéraux des ovaires opérés à deux mois de grossesse (traitement conservateur).
Primipare de 35 ans, accouche à la 35ème semaine d'une fille de 2730 g d'apgar 10, par vacuum extractor.

3°) PROLAPSUS DU COL : 1 cas

Obs. 1267 : Troisième pare de 24 ans, accouche à terme d'une fille de 3510 g, d'apgar 10

4°) LIPOME DE LA VULVE : 1 cas

Obs. 302 : Cinquième pare de 33 ans, accouche à terme d'une fille de 3600 g, d'apgar 10. Pas d'incidence sur l'accouchement.

5°) UTERUS BICORNE : 1 cas

Obs. 997 : Cinquième pare de 29 ans, accouche à terme d'une fille de 3560 g, d'apgar 9.

UTERUS BICERVICAL : 1 cas

Obs. 1362 : Deux corps séparés par une cloison et deux cols, confirmés par une révision utérine.
Deuxième pare de 25 ans, accouche à terme d'une fille de 2500 g, d'apgar 9. Insuffisance placentaire.

6°) CERCLAGE DU COL : 2 cas

Obs. 860 bis: Cerclage du col à 3 mois de grossesse pour menace d'avortement.
Primipare de 25 ans, accouche spontanément à la 35ème semaine d'un foetus mort-né macéré de 1500 g (Eclampsie)

Obs. 239/240: Cerclage du col à 6 mois de grossesse pour menace d'accouchement prématuré.
Deuxième pare de 24 ans, accouche à la 35ème semaine de deux filles de 2600 g et 2200 g, toutes deux d'apgar 10.

Les affections groupées sous le titre général de Pathologie Chirurgicale n'ont pas eu d'incidence importante sur les grossesses.

On note seulement un enfant mort-né macéré pesant 1500 g chez une femme ayant eu un cerclage du col au 4ème mois de grossesse et présentant un syndrome d'éclampsie.

VIII - LES GROSSESSES PROLONGEES

69 cas ont été dénombrés, avec des retards à l'accouchement de 5 à 42 jours. Ce sont des termes dépassés cliniquement établis, toutes ces femmes connaissant bien la date de leurs dernières règles.

	Apgar >7	Apgar $\leqslant 7$	Morts	Vivants	Total
inférieur à 10 jours	19	1	2	20	22
de 10 à 15 jours	26	2		28	28
supérieur à 15 jours	17	1	1	18	19
				Total	69

Etat des enfants à la naissance dans les grossesses prolongées

66 enfants vivants dont 62 d'apgar supérieur à 7. 3 enfants morts:

Obs. 110 bis : terme dépassé de 9 jours - Régression placentaire histologique.
Quatrième pare de 31 ans, accouche d'une fille de 3500 g mort-née. Durée de dilatation 5 h, d'expulsion 5 mn.

Obs. 1495 bis : dépassement de terme de 20 jours.
Primipare de 25 ans, accouche d'un garçon de 3120 g mort-né. Vacuum extractor pour modification des bruits cardiaques foetaux. Durée de dialtation 10 h, d'expulsion 20 mn.

Obs. 420 bis : dépassement de terme de 9 jours.
Troisième pare de 27 ans, accouche d'un garçon de 3700 g mort-né. Césarienne chez une multipare en travail depuis 18 h (pH in utero 7,06) après échec du forceps. Traumatisme obstétrical.

Si on exclut cet enfant mort par traumatisme obstétrical, il reste 2 enfants morts pour 69 enfants, soit un taux de mortalité de 2,8 %, voisin du taux de la mortalité globale.

L E T R A V A I L

I - LES PRESENTATIONS

1°) CLASSIFICATION :

a) les grossesses simples

- céphaliques en OP : 1571
- céphaliques en OS : 28
- sièges : 54
- transverses : 10
- front : 1
- face : 4
- non précisées : 22
  (accouchements à domicile ou du trajet)

b) les grossesses gémellaires

- céphaliques en OP : 28
- céphaliques en OS : 1
- sièges : 13

2°) LES PRESENTATIONS DYSTOCIQUES

a) les sièges

	Préma. < 1500 g			Préma. ≥ 1500 g < 2500 g			Terme		
	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ≤ 7	Dcd.
Présentations du siège	3		6	12	3	1	36	5	1

67 cas de présentation du siège, soit 67 enfants (54 de grossesses simples et 13 de grossesses gémellaires) parmi lesquels :

- 42 enfants nés à terme dont 1 mort
- 25 enfants prématurés dont 7 morts (6 de poids < 1500 g).

Les accouchements dans les présentations du siège favorisent :

. la prématurité puisque son taux est le triple de celui de la prématurité générale (37,3 % pour 12,5 %)

. la mortalité chez les enfants nés à terme dont le taux est le double de celui de la mortalité générale (2,4 % pour 1,1 %)

Par contre le taux de mortalité des prématurés est inférieur à celui des prématurés en général (28 % pour 15,7 %).

b) les présentations transverses : 10 cas parmi lesquels aucun enfant mort. Un seul accouchement dystocique ayant nécessité une césarienne.

Obs. 925 : Troisième pare de 38 ans accouche à la 35ème semaine d'un garçon de 2600 g, d'apgar 7, par césarienne pour présentation transversale de l'épaule et arrêt de dilatation à 3 cm.

c) les présentations de la face : 4 cas dont aucun enfant mort. Un seul accouchement dystocique.

Obs. 1097 : Quatrième pare de 36 ans accouche à la 28ème semaine d'une fille de 1520 g, d'apgar 1 en présentation de la face par césarienne vaginale d'urgence pour procidence du cordon. Enfant née à l'état de mort apparente. Réanimation de 20 mn. Envoyée au pavillon des Prématurés, en bonne santé au 7ème jour de vie.

Les accouchements dans les présentations du siège favorisent :

. la prématurité puisque son taux est le triple de celui de la prématurité générale (37,3 % pour 12,5 %)

. la mortalité chez les enfants nés à terme dont le taux est le double de celui de la mortalité générale (2,4 % pour 1,1 %)

Par contre le taux de mortalité des prématurés est inférieur à celui des prématurés en général (28 % pour 15,7 %).

b) les présentations transverses : 10 cas parmi lesquels aucun enfant mort. Un seul accouchement dystocique ayant nécessité une césarienne.

Obs. 925 : Troisième pare de 38 ans accouche à la 35ème semaine d'un garçon de 2600 g, d'apgar 7, par césarienne pour présentation transversale de l'épaule et arrêt de dilatation à 3 cm.

c) les présentations de la face : 4 cas dont aucun enfant mort. Un seul accouchement dystocique.

Obs. 1097 : Quatrième pare de 36 ans accouche à la 28ème semaine d'une fille de 1520 g, d'apgar 1 en présentation de la face par césarienne vaginale d'urgence pour procidence du cordon. Enfant née à l'état de mort apparente. Réanimation de 20 mn. Envoyée au pavillon des Prématurés, en bonne santé au 7ème jour de vie.

d) les présentations du front : 1 cas

Obs. 1709 : Seconde pare de 36 ans accouche à terme d'un garçon de 3900 g, d'apgar 10, en présentation du front, par césarienne itérative (1er accouchement césarienne pour présentation du front).

Les présentations du siège, d'une fréquence de 4 %, favorisent la prématurité et la mortalité des enfants pesant moins de 1500 g.

Les autres présentations dystociques, en nombre trop faible, ne peuvent avoir de valeur statistique.

II - LES MODALITES D'ACCOUCHEMENT

1°) LES CESARIENNES.

Nous en comptons 53. En voici leurs indications :

a) pour placenta praevia : 10

. apgar $>$ 7 : 6 (obs. 72, 471, 574, 645, 238, 1469)

. apgar $<$ 7 : 2 (obs. 982, 1358)

. enfants morts : 2 (obs. 116 bis, 370)

b) pour D.P.P.N.I. : 1

. apgar non précisé (obs. 848)

c) pour dystocie mécanique : 14

- dystocie osseuse : 12

. apgar $>$ 7 : 9 (obs. 150, 230, 460, 822, 920, 593, 1067, 453, 162)

. apgar $<$ 7 : 3 (obs. 235, 1698, 1472)

- présentation du front : 1

. apgar $>$ 7 (obs. 1709)

- présentation de l'épaule : 1

. apgar $<$ 7 (obs. 925)

d) pour dystocie dynamique : 8

. apgar $>$ 7 : 3 (obs. 96, 1203, 1086)

. apgar $<$ 7 : 5 (obs. 387, 743, 751, 837, 1163)

e) pour procidence du cordon : 1
. apgar $\leqslant$ 7 (obs. 1097)

f) pour diabète : 2
. apgar $>$ 7 : 1 (obs. 718)
. apgar non précisé : 1 (obs. 409)

g) pour toxémie gravidique : 3
. apgar $>$ 7 : 2 (obs. 1135, 1552)
. enfant mort-né : 1 (obs. 520 bis).

h) pour souffrance foetale : 7
. apgar $>$ 7 : 6 (obs. 1474, 575, 680, 900, 1539, 26)
. apgar $\leqslant$ 7 : 1 (obs. 523)

i) pour coma par hémorragie méningée : 1
. apgar non précisé (obs. 1554)

j) césarienne prophylactique pour cicatrice utérine sans dystocie mécanique : 2
. apgar $>$ 7 : 2 (obs. 1340, 1062)

2°) LES VACUUM EXTRACTOR

Nous en comptons 100. En voici leurs indications :

a) pour placenta praevia : 1
. enfant décédé avant le 7ème jour de vie (obs. 1498)

b) pour diabète : 1
. enfant mort-né (obs. 1447 bis)

c) pour assistance à l'expulsion : 71

. apgar $>$ 7 : 65

. apgar $<$ 7 : 5

. enfant mort : 1 (obs. 1495 bis)

d) pour dystocie mécanique : 15

. apgar $>$ 7 : 14 (obs. 1196, 1306, 227, 1506, 1727, 323, 823, 1123, 805, 1177, 1649, 692, 1434, 655)

. apgar $<$ 7 : 1 (obs. 740)

e) pour raisons non précisées : 12

. apgar $>$ 7 : 12 (obs. 360, 981 bis, 1036, 1115, 1190, 1300, 1377, 1665, 804, 25, 1129, 845)

3°) LES FORCEPS

Nous en comptons 11 dont voici les indications :

a) pour assistance à l'expulsion : 5

. apgar $>$ 7 : 4 (obs. 1382, 1393, 865, 1367)

. apgar $<$ 7 : 1 (obs. 341)

b) pour dystocie mécanique : 2

. apgar $>$ 7 : 1 (obs. 1497)

. apgar $<$ 7 : 1 (obs. 797)

c) pour échec du vacuum extractor : 4

. apgar $>$ 7 : 3 (obs. 1438, 1104, 803)

. apgar $<$ 7 : 1 (obs. 1494)

4°) LES VERSIONS PAR MANOEUVRES INTERNES SUIVIES DE GRANDE EXTRACTION DU SIEGE.

Nous en comptons 10 dont les indications sont les suivantes :

a) pour placenta praevia : 2
. apgar $>$ 7 :2 (obs. 69, 428)

b) pour cordon procident : 1
. enfant décédé avant le 7ème jour de vie (obs. 395)

c) pour souffrance foetale : 7
. apgar $>$ 7 : 5 (obs. 540, 1381, 1530, 905, 1529)
. apgar $<$ 7 : 2 (obs. 795, 1515)

Les interventions, césariennes et vacuum extractor, sont plus nombreuses que les années précédentes et leurs indications plus variées.

III - LES DYSTOCIES MECANIQUES

1°) LES DYSTOCIES OSSEUSES

a) bassin juxta-minor : 4

Obs. 692 : Deuxième pare de 30 ans, accouche à la 37ème semaine par vacuum extractor d'une fille de 2200 g, d'apgar 9 (un antécédent de césarienne)

Obs. 833 : Primipare de 22 ans accouche spontanément à terme d'une fille de 3410 g, d'apgar 10 - Epreuve du travail positive.

Obs. 920 : Primipare de 23 ans, accouche par césarienne à terme après épreuve du travail négative d'un garçon de 3600 g d'apgar 10.

Obs. 1056 : Primipare de 25 ans accouche spontanément à terme d'un garçon de 4020 g, d'apgar 10 - Epreuve du travail positive.

b) bassin transversalement rétréci : 1

Obs. 150 : Deuxième pare de 26 ans, accouche à terme par césarienne après échec de l'épreuve du travail, d'un garçon de 3550 g, d'apgar non précisé.

c) bassin généralement rétréci : 10

Obs.	Parité	Age	Terme	Mode de termin.	Sexe	Poids	Apgar
230	V	38	37°s.	Césarienne	M	4250	9
235	I	23	35°s.	Césarienne	M	2300	5
460	II	26	T	Césarienne	M	3430	10
822	I	27	T	Césarienne	M	3500	-
1063	I	26	32°s.	Spontané	M	2360	7
1067	I	20	T	Césarienne	F	3170	8
1196	II	24	T	Vacuum extractor	M	3420	9
1652	I	22	37°s.	Spontané	M	3500	10
1698	III	37	37°s.	Césarienne	M	3050	2
593	II	38	T	Césarienne	F	2970	9

2°) LES DISPROPORTIONS FOETO-PELVIENNES : 2

Obs. 1472 : Seconde pare diabétique de 19 ans, accouche à terme d'un garçon de 4030 g, d'apgar 7, par césarienne itérative.

Obs. 162 : Primipare de 26 ans, accouche à terme d'un garçon de 4000 g, d'apgar 10, par césarienne pour fatigue maternelle et altération des bruits cardiaques foetaux.

3°) LES AUTRES DYSTOCIES MECANIQUES : 22

Obs.	Parité	Age	Terme	Mode de termin.	Sexe	Poids	Apgar
562	I	28	T	Spontané	F	3750	10
1419	I	20	T	Spontané	F	3010	10
1497	I	18	37°s.	Forceps	M	3650	8
805			42°s.	Vacuum extractor	F	4200	8
1649	I	21	T	Vacuum extractor	F	4150	9

Obs.	Parité	Age	Terme	Mode de termin.	Sexe	Poids	Apgar
1132	II	36	T	Vacuum extractor	F	3370	10
740	II	31	T	Vacuum extractor	M	4280	7
797	I	20	T	Forceps	F	2730	7
1177	I	31	T	Vacuum extractor	F	3270	8
925	III	38	35°s.	Césarienne	M	2600	7
630	IV		T	Spontané	M	2450	6
453	I	21	T	Césarienne	M	3600	8
1709	II	36	T	Césarienne	M	3900	10
1306	II	33	T	Vacuum extractor	M	3700	10
227	II	29	T	Vacuum extractor	M	3310	10
1506	III	36	T	Vacuum extractor	M	3950	10
1727	I	24	41°s.	Vacuum extractor	M	4860	10
323	I	20	T	Vacuum extractor	M	4130	9
823	I	21	T	Vacuum extractor	M	3460	10
692	II	30	38°s.	Vacuum extractor	F	2200	9
1434	I	20	T	Vacuum extractor	F	2930	10
655	I	37	T	Vacuum extractor	M	3800	10

Les dystocies mécaniques sont de pronostic foetal moins grave qu'autrefois par l'indication plus fréquente des interventions.

IV - LES ANOMALIES DE DUREE DE DILATATION ET D'EXPULSION

	Préma. < 1500 g			Préma. ⩾ 1500 g ⩽ 2500 g			Terme		
	Viv. > 7	Viv. ⩽ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ⩽ 7	Dcd.	Viv. > 7	Viv. ⩽ 7	Dcd.
Dilatation ⩾ 18 h.				1			24	2	1
Expulsion ⩾ 1 h.							5	3	

1°) DILATATION

Nous avons étudié les accouchements dont la durée de dilatation est égale ou supérieure à 18 heures.

28 cas, soit 28 enfants, parmi lesquels :

. 26 nés à terme dont 1 mort et 24 d'apgar supérieur à 7

. 1 prématuré pesant plus de 1500 g, d'apgar supérieur à 7

2°) EXPULSION

Il s'agit ici des accouchements dont la durée est supérieure ou égale à 1 heure.

8 cas, soit 8 enfants, tous vivants et nés à terme dont 5 d'apgar supérieur à 7.

On observe un enfant mort :

Obs. 420 bis : Troisième pare, troisième geste de 27 ans.
Terme cliniquement dépassé de 9 jours.
Présente une toxémie gravidique mineure. Multipare en travail depuis 18 heures. Présente des signes de souffrance foetale, un pH in utéro révèle une acidose à 7,06.
Une césarienne est décidée. Accouchement d'un enfant mort-né de sexe masculin de 3700 g dont la réanimation est impossible.

Etiologie : travail trop long chez une multipare présentant une toxémie mineure.

Une césarienne pratiquée plus tôt aurait sauvé la vie de l'enfant.

V - PROCIDENCE DU CORDON

Elle s'est présentée trois fois au cours de cette année.

Obs. 395 : Primipare de 25 ans accouche à la 25ème semaine par GES d'un garçon de 800 g, d'apgar 4, pour cordon procident. Enfant décédé le lendemain aux Prématurés.

Obs. 1097: Quatrième pare de 36 ans entre à la 28ème semaine pour hémorragie. Césarienne d'urgence pour procidence du cordon avec présentation de la face. Accouche d'une fille de 1520 g, d'apgar 1, en état de mort apparente, nécessitant une réanimation de 20 mn avant le premier cri. Enfant envoyée aux Prématurés et en bonne santé au 7ème jour de vie.

Obs. 265 bis : Neuvième pare de 30 ans arrive à dilatation complète avec procidence du cordon qui ne bat plus. Accouche spontanément à terme d'un enfant mort-né de sexe masculin de 3140 g.

Ce chiffre de trois procidences pour 1715 accouchements correspond au taux donné par l'ensemble des statistiques : 1 à 2 pour 1000 accouchements.

Cet accident, s'il est rare, est extrêmement grave étant donné que sur ces trois cas, un enfant est mort-né, un second décède le lendemain et le troisième, né avec un apgar à 1, a besoin d'une réanimation de 20 mn.

VI - LES RUPTURES DES MEMBRANES

1°) CLASSIFICATION :

. les ruptures spontanées : 887

. les ruptures artificielles : 625

. les ruptures précosses : 130

. les ruptures prématurées : 36

. les ruptures non précisées : 58
(ce sont pour la plupart des ruptures spontanées ayant eu lieu avant l'entrée à la Maternité)

2°) LES RUPTURES PREMATUREES :

36 cas dont 15 ont une durée de latence supérieure ou égale à 24 heures.

Obs.	Parité	Age	Terme	Latence	L.A.	Sexe	Poids	Apgar	Acct.
182	VI	29	35°s.	2 j.	clair	F	2320	10	Spt.
582	III	31	36°s.	8 j.	clair	M	2630	8	Spt.
900	I	19	T	24 h.	clair	F	3160	10	Cés.
984	IV	22	T	24 h.	clair	M	2900	10	Spt.
1012	I	16	T	2 j.	clair	F	3040	8	Spt.
1006	I	28	37°s.	24 h.	clair	F	3660	8	Spt.
1008	II	31	36°s.	24 h.	clair	M	2700	10	Spt.
1086	I	39	T	8 j.	clair	M	2840	9	Cés.
1129	I	20	T	24 h.	clair	M	3300	8	V.E.
1135	II	24	T	27 h.	clair	F	2800	9	Cés.
1158	I	24	T	2 j.	clair	M	3200	10	V.E.
1525	V	29	T	24 h.	clair	F	3300	10	Spt.
1552bis	I	27	T	15 j.	teinté	M	3130	8	Cés.
1425	II	23	33°s.	3 j.	clair	F	2550	9	Spt.
1126	IV	29	35°s.	15 j.	clair	F	2460	9	Spt.

On ne compte aucun enfant mort et seulement deux prématurés de poids voisin de 2500 g. Tous ont un apgar supérieur à 7.

VII - LA REVISION UTERINE

Elle a été pratiquée dans 75 accouchements.
Les causes ayant décidé de sa pratique sont variées :

a) pour rétention placentaire : 20
On note une endométrite dans les suites de couches (obs. 783)

b) pour enchatonnement dans une corne utérine : 11
Dans les suites de couches : une anémie (obs. 904/905)

c) pour placenta douteux : 4

d) pour hémorragie après délivrance : 12
Une anémie ayant nécessité une transfusion est notée dans les suites de couches (obs. 1463 bis).

e) pour révision de cavité utérine : 19

f) pour vérification d'intégrité de cicatrice de césarienne antérieure : 8

g) pour vérification d'utérus bicervical : 1

VIII - LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

Elles sont apparues pendant ou immédiatement après la sortie du délivre. On en compte 38.

Huit sont accompagnées de choc et ont nécessité une réanimation avec transfusion (obs. 13/14, 169, 564, 824, 1088, 1207 1463 bis, 1243).

Les autres sont restées dans les limites physiologiques normales.

On note quatre chocs de la délivrance sans hémorragie (obs. 739, 239/240, 975, 981).

27 ont été suivies d'anémie et ont reçu un traitement martial.

L E S S U I T E S D E C O U C H E S

L A P A T H O L O G I E D U N O U V E A U - N E

I - LES SUITES DE COUCHES

1°) APPAREIL GENITAL

a) Endométrites : 23

Elles ont toutes évolué de façon satisfaisante avec le traitement antibiotique (obs. 114, 397, 401, 449, 476, 682, 783, 802, 862, 1035, 1647, 1714, 1717, 1080, 1177, 241, 509/510, 567, 568, 958, 1688, 1714, 1128).

b) suppurations de cicatrice d'épisiotomie : 3 (obs. 341, 1104, 106).

c) Bartholinite : 1 (obs. 1691)

d) Phlegmon ligament large : 1 (obs. 36)

e) Torsion de kyste ovarien : 1 (obs. 280)

f) Hydatide pédiculée : 1 (obs. 587 bis)

2°) APPAREIL VASCULAIRE

les phlébites : 16 (obs. 114, 345, 419, 620, 624, 1095 1452, 1609, 1705, 9, 32, 336, 876, 501, 178, 775).

Elles ont toutes évolué favorablement sous traitement anti-coagulant et anti-inflammatoire.

3°) APPAREIL URINAIRE

a) Infections urinaires : 6 (obs. 152, 153, 180, 1076, 1095, 1656).

b) Incontinence urinaire : 1 (obs. 46)

4°) AFFECTIONS FEBRILES

a) Pneumopathies : 13 (obs. 13/14, 114, 242 bis, 380, 1162, 1475, 1612, 1644, 1703, 1706, 357, 1333, 1407).

b) Accès fébriles sans étiologie : 9 (obs. 422, 591, 837 1547, 1561, 1671, 1693, 1376, 200).

5°) AFFECTIONS MAMMAIRES

a) Lymphangite du sein : 3 (obs. 120, 281, 845).

b) Abcès du sein : 3 (obs. 111, 556, 1075).

6°) ALLAITEMENT

a) Allaitement maternel : 869, soit 51,5 % (51 % en 1968)

b) Allaitement mixte : 370, soit 21,9 % (20 % en 1968)

Dans quelques cas il est nécessaire car la mère présente une hypogalactie.

c) Allaitement artificiel : 155, soit 9,2 % (3 % en 1968)

On distingue :

. Contre-indications : 43, dont 40 contre-indications médicales et 3 agalacties

. Refus d'allaiter : 103

. Affections mammaires : 9

d) Allaitement non précisé : 293, soit 17,4 % (26 % en 1968)

Dans ce groupe rentrent les enfants qui ont été envoyés dans les services de prématurés et de pédiatrie.

II - LA PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NE

1°) LE TRAUMATISME OBSTETRICAL

a) Elongation du plexus brachial : 1 (obs. 1578)

b) Fractures de clavicule : 5 (obs. 740, 1209, 1408, 1578, 1311)

c) Bosses séro-sanguines : 28

d) Chevauchement des os du crâne : 7 (obs. 503, 564, 707 920, 1219, 1193, 159)

e) Céphalhématomes : 2 (obs. 95, 111)

Ces trois derniers traumatisme sont certainement plus nombreux. Ils n'ont pas tous été notés dans les observations.

f) Dysmorphie faciale : 3 (obs. 317, 72, 463)

2°) L'ICTERE DU NOUVEAU-NE

Nous comptons 107 ictères simplement traités par corticoïdes ou lumière bleue.

20 ictères ont nécessité une ou plusieurs exsanguino-transfusions chez l'enfant.

. 11 dus à une incompatibilité Rh. (obs. 84, 264, 279, 522, 528, 766, 831, 1175, 1405, 1522, 1229).

. 5 dus à une incompatibilité AB.O (obs. 43, 538, 758, 959, 1210)

. 4 dus à un trouble de la glycurono-conjugaison hépatique de la bilirubine (obs. 850, 1136, 874, 1501)

3°) SYNDROME HEMORRAGIQUE

a) Hémorragie méningée : 4 (obs. 1069, 1498, 1718, 1098 bis)
Un seul enfant ne décède pas pendant le première semaine de vie (obs. 1098 bis).

b) Hémorragie bucco-pharyngée : 3 (obs. 222, 223, 714)

c) Hématomes multiples : 1 (obs. 214)

d) Purpura facial : 1 (obs. 58)

e) Crise génitale du nouveau-né : 2 (obs. 814, 1247)

4°) MALFORMATIONS

a) Malposition des pieds : 26
On ne compte qu'un seul pied bot (obs. 385)

b) Malformation cardiaque : 1 (obs. 168)

c) Malformation des mains : 2
Un doigt surnuméraire à chaque main (obs. 731, 1428)

d) Bec de lièvre : 3 (obs. 118, 1019, 1470)

e) Molluscum : 5 (obs. 346, 477, 745, 750, 1714 bis)

f) Tumeur du crâne : 3 (obs. 93, 186, 209)

g) Malformations multiples : 12 (obs. 141, 504, 713, 750, 810, 1012, 1028, 1275, 1365, 1552 bis, 1672, 1085)

h) Un enfant hydrocéphale (obs. 1514)
Dérivation ventriculo-péritonéale. Sort en bonne santé après 7 mois.

6°) APPAREIL DIGESTIF

Vomissements : 6 (obs. 749, 789, 1552, 1698, 8, 256)

7°) ATTEINTES NEUROLOGIQUES

Convulsions : 4 (obs. 848, 1487, 1524, 220)

8°) SYNDROMES INFECTIEUX

a) Cutanés : 7
. Eruption bulleuse : 4 (obs. 304, 969, 970, 1321)
. Staphylococcie cutanée : 3 (obs. 1192, 850, 1675)

b) Urinaire : 1 (obs. 1026)

c) Pulmonaire : 1 (obs. 1437)

d) Occulaire : 1 (obs. 1367)

MORTALITE PERINATALE

MORBIDITE NEO-NATALE

I - MORTALITE PERINATALE

1°) LES ENFANTS MORT-NES ET MACERES

Nous allons étudier les observations des mort-nés et macérés, c'est-à-dire des enfants morts in utéro pendant la grossesse avant tout début de travail, et essayer d'y rattacher une étiologie.

Obs. 260 bis : Primipare de 20 ans, actuellement en traitement par électrochocs pour bouffées délirantes à l'H.P.D. Grossesse arrêtée de 5 mois. Entre pour hémorragie et contractions utérines. Expulsion spontanée d'un foetus mort et macéré, de sexe féminin de 600 g. Placenta très adhérent à la caduque.

Etiologie : Traitement neuro-psychiatrique supposé.

Obs. 581 bis : Quatrième pare de 41 ans, accouche à la 27ème semaine d'un foetus mort et macéré de sexe féminin de 1140 g.

Etiologie : Avortement provoqué

Obs. 860 bis : Primipare de 25 ans, accouche spontanément en siège à la 35ème semaine d'un enfant mort-né macéré de 1500 g. Un antécédent d'avortement spontané en 1968.

Etiologie : Eclampsie avec hématome rétro-placentaire

Obs. 1039 bis : Cinquième pare de 36 ans entre pour arrêt des mouvements foetaux depuis 3 jours. Bruits cardiaques foetaux négatifs. Confirmation de la mort du foetus par la radiologie.
Accouchement à la 29ème semaine d'un enfant mort-né et macéré de sexe féminin de 1500 g.
Etiologie : inconnue.

Obs. 1053 bis : Sixième pare de 34 ans. Extraction à terme d'un enfant mort-né macéré de sexe féminin de 2730 g. Nécessité de cléidotomie. Placenta dégénéré et décoloré.
Etiologie : inconnue.

Obs. 1091 bis : Huitième pare de 39 ans. La parturiente vient consulter 8 jours avant l'accouchement car les mouvements foetaux ne sont plus perçus depuis 4 jours. La mort foetale in utéro est confirmée par l'absence des bruits cardiaques foetaux et une amnioscopie positive.
Accouchement à la 31ème semaine d'un foetus mort-né macéré de sexe masculin de 1260 g.
L'examen anatomo-pathologique du placenta signale des signes de régression placentaire.
Etiologie : inconnue.

Obs. 490 bis : Primipare de 21 ans. Disparition des bruits cardiaques foetaux 4 jours avant l'accouchement.
Accouchement d'un siège à la 31ème semaine d'un enfant mort-né macéré de sexe féminin de 1010 g et hydrocéphale.
On note une pathologie de la grossesse très variée :

dès le début de la grossesse présente des vomissements importants avec amaigrissement à partir du 4ème mois. Au 6ème mois épisode grippal avec hyperthermie à 40.

Etiologie : cette pathologie suffit à expliquer la mort du foetus.

Obs. 1662 bis : Sixième pare de 24 ans syphilitique avec BW + et Nelson + à 100 %. Entre pour hémorragie sans contractions utérines. Accouche à la 24ème semaine d'un foetus mort-né macéré de sexe féminin de 650 g présentant un circulaire très serré au niveau du cou.

Etiologie : on peut envisager la syphilis.

Obs. 1275 bis : Neuvième pare de 31 ans, accouche à terme d'un enfnnt mort-né macéré de sexe masculin de 3200 g. Placenta atrophié présentant des oedèmes.
Pendant la grossesse : tension artérielle maxima à 14 et albuminurie à 1 croix.

Etiologie possible : Toxémie gravidique mineure.

Obs. 937 bis : Primipare de 22 ans. Diabétique depuis l'âge de 7 ans. A 6 mois et demi de grossesse a présenté une décompensation brutale de son diabète avec poussée d'hydramnios.
Accouche à la 29ème semaine d'un enfant mort-né macéré de sexe masculin de 1540 g.

Etiologie : diabète.

2°) LES ENFANTS MORTS PENDANT LE TRAVAIL

Obs. 110 bis : Quatrième pare de 31 ans. Terme dépassé de 9 jours confirmé par frottis vaginal : régression placentaire histologique. Accouche d'un enfant mort-né de sexe féminin de 3500 g. Hématome décidual au niveau du placenta.

Etiologie : grossesse prolongée.

Obs. 111 bis : Quatrième pare de 35 ans. Hémorragie pour D.P.P.N.I. Accouche d'un siège complet mort-né, de sexe masculin de 2500 g à la 33ème semaine.

Etiologie : D.P.P.N.I.

Obs. 116 bis : Neuvième pare de 33 ans. Présente une hémorragie brutale à domicile. On diagnostique un placenta praevia marginal. La rupture prophylactique des membranes entraine un arrêt de l'hémorragie. Mais devant une hypertonie utérine qui persiste malgré le dolosal, l'apparition d'une agitation maternelle, l'augmentation de la tension artérielle, la diminution d'intensité des bruits cardiaques foetaux, on décide de pratiquer une césarienne. Accouchement d'un enfant mort-né de sexe masculin de 2900 g dont la réanimation est impossible.

Etiologie : placenta praevia hémorragique.

Obs. 420 bis : Troisième pare de 27 ans. Terme cliniquement dépassé de 9 jours. Présente une toxémie gravidique mineure. Multipare en travail depuis 18 heures. Présente des signes de souffrance foetale. Un pH

in utéro révèle une acidose à 7,06. Une césarienne est décidée. Accouchement d'un enfant mort-né de sexe masculin de 3700 g dont la réanimation est impossible.

Etiologie : travail trop long chez une parturiente présentant une toxémie gravidique.

Obs. 583 bis : Primipare de 20 ans. A présenté une colibacillose une semaine avant son accouchement.
Accouchement podalique d'un siège complet à la 25ème semaine d'un enfant mort-né de sexe féminin de 870 g.
Mort en cours d'expulsion par rétraction du col sur tête dernière.

Etiologie : dystocie cervicale + prématurité.

Obs. 890 bis : Troisième pare de 27 ans accouche à la 35ème semaine d'un enfant mort-né de sexe féminin de 2530 g.
Présence d'un hématome rétro-placentaire. D.P.P.N.I sans hémorragie.

Etiologie : D.P.P.N.I

Obs. 990 bis : Septième pare de 33 ans accouche à la 22ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 620 g.
Entrée pour metrorragies depuis 2 mois, secondaires à des manoeuvres abortives au 3ème mois de grossesse.

Etiologie : avortement volontaire.

Obs. 265 bis : Neuvième pare de 30 ans arrive à dilatation complète avec procidence du cordon qui ne bat plus.
Accouche spontanément à terme d'un garçon mort-né de sexe masculin de 3140 g.

Etiologie : procidence du cordon.

Obs. 1552 bis : Troisième pare de 26 ans. Antécédents de deux accouchements prématurés. Accouchement à terme d'un enfant asexué de 1620 g.
Enfant asexué présentant de graves et nombreuses malformations.
Etiologie : malformations multiples.

Obs. 1714 bis : Seconde pare de 25 ans, accouche à la 37ème semaine d'un enfant mort-né de sexe féminin de 2500 g.
Aucun renseignement.
Etiologie : inconnue.

Obs. 1495 bis : Primipare de 25 ans. Antécédents de 5 avortements. Terme cliniquement dépassé de 20 jours. Accouche à terme, par vacuum extractor pour modification des bruits cardiaques foetaux d'un enfant mort-né de sexe masculin de 3120 g.
Etiologie : antécédents d'avortements répétés avec terme cliniquement dépassé.

Obs. 257 bis : Sixième pare de 45 ans. Antécédents de trois avortements spontanés. Syndrome de prééclampsie avec tension artérielle à 22/14, une albuminurie à deux croix et des oedèmes.
Les bruits cardiaques disparaissent en début de travail. Accouche spontanément à la 33ème semaine d'un enfant mort-né de sexe féminin de 1500 g.
Etiologie : toxémie gravidique chez une multipare âgée.

Obs. 133 bis/133 : Cinquième pare de 37 ans. Accouchement gémellaire à la 36ème semaine.
Le premier jumeau sort en OP.
Le deuxième jumeau est un siège complet nécessitant une grande extraction sous anesthésie générale.
Accouchement d'un enfnant mort-né de sexe masculin de 1050 g.

Etiologie : prématurité avec anesthésie.

Obs. 1447 bis : Sixième pare de 35 ans. Femme obèse diabétique présentant une toxémie mineure.
Accouchement à terme par vacuum extractor d'un enfant mort-né de sexe féminin de 4600 g. Réanimation impossible. Cette enfant de gros volume présentait un circulaire cervical irréductible et deux circulaires en bretelle.

Etiologie : diabète + toxémie mineure.

Obs. 1540 ter : Primipare de 20 ans. A présenté une pyélonéphrite en début de grossesse. Entre pour hémorragie et travail prématuré. Accouche spontanément à la 24ème semaine d'un enfant mort-né de sexe masculin de 860 g.

Etiologie : on invoque une béance de l'isthme.

3°) LES NOUVEAUX-NES DECEDES AU COURS DE LA PREMIERE SEMAINE DE VIE.

Obs. 168 : Troisième pare de 29 ans ayant un avortement spontané et un accouchement prématuré dans les antécédents, accouche à la 37ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 2500 g, d'apgar 5. L'enfant décède le lendemain au Pavillon des Enfants. A l'autopsie on décèle une malformation cardio-vasculaire.

Etiologie : malformation cardio-vasculaire

Obs. 141 : Deuxième pare de 34 ans ayant eu un avortement spontané dans les antécédents, accouche à la 37ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 2620 g, d'apgar 9.
L'enfant décède le jour même au Pavillon des Enfants.
Enfant polymalformé : hydrocéphale avec double bec de lièvre et une fissure palatine, sans globe occulaire. Absence rhinencéphale et de noyaux de la base. Le caryotype de l'enfant révèle une trisomie 13/15.

Etiologie : polymalformations.

Obs. 370 : Primipare de 19 ans arrive à la 32ème semaine en début de travail avec une hémorragie due à un placenta praevia latéral gauche. L'abondance de l'hémorragie conduit à la césarienne.

Accouchement d'un enfant de sexe masculin de 1550 g d'apgar non précisé.
L'enfant décède au Pavillon des Enfants.
Etiologie : anoxie par hémorragie de placenta praevia chez un enfant prématuré.

Obs. 395 : Primipare de 25 ans ayant eu 3 avortements spontanés dans les antécédents, accouche à la 24ème semaine, par grande extraction pour cordon procident, d'un enfant de sexe masculin de 850 g, d'apgar 4.
L'enfant décède le lendemain aux Prématurés.
Etiologie : prématurité et cordon procident.

Obs. 465 : Cinquième pare de 28 ans accouche à terme d'un enfant de sexe féminin de 2550 g, d'apgar 6, présentant un circulaire très serré. Durée de dilatation 8 h, d'expulsion 5 mn.
L'enfant décède 48 heures plus tard au Pavillon des Enfants dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue et de souffrance cérébrale.
Etiologie : inconnue.

Obs. 574 : Quatrième pare de 25 ans entre à la Maternité à la 28ème semaine à dilatation complète.
Présentation transversale avec placenta praevia hémorragique. Rétraction du col après rupture artificielle des membranes interdisant toute possibilité de version podalique par manoeuvre interne.
Décision de césarienne vaginale. Accouchement d'un enfant de sexe féminin de 600 g, d'apgar non précisé

L'enfant décède aux Prématurés le jour même.
Etiologie : hémorragie de placenta praevia chez un enfant prématuré.

Obs. 637 : Primipare de 26 ans ayant eu un avortement spontané dans les antécédents, entre pour hémorragie depuis une semaine. Accouche à la 24ème semaine d'un enfant mort-né de sexe féminin de 800 g, d'apgar non précisé. Durée d'expulsion 5 mn.
On diagnostique une béance de l'isthme comme étiologie probable de cet accouchement prématuré.
L'enfant décède aux prématurés. Présente des malformations : polykystose rénale et imperforation de l'ampoule rectale.
Etiologie : prématurité et malformations.

Obs. 713 : Quatrième pare de 33 ans ayant eu deux accouchements prématurés dans les antécédents. Accouchement prématuré à domicile à la 28ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 2000 g, d'apgar non précisé.
L'enfant décède le lendemain aux Prématurés dans un syndrome de détresse respiratoire avec oedème cérébral . Malformations : angio-alvéolite et maladie des membranes hyalines.
Etiologie : malformations.

Obs. 1358 : Troisième pare de 39 ans. Toxémie gravidique pendant la grossesse avec phlébite au 7ème mois.
Entre à la maternité, car elle présente des hémorragies depuis 3 semaines devenues très importantes depuis quelques heures, sans début de travail.

On diagnostique la présence d'un placenta praevia partiellement recouvrant et décide d'une césarienne. Accouchement à la 33ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 1090 g, d'apgar 5.
L'enfant décède 48 heures plus tard aux Prématurés dans un syndrome de détresse respiratoire aigue.
Etiologie : placenta praevia hémorragique.

Obs. 1409 : Cinquième pare de 42 ans. Antécédents obstétricaux importants : 2 accouchements prématurés et 3 avortements spontanés.
Antécédent de diabète dans l'enfance mais l'examen d'hyperglycémie provoquée est normal.
Présence d'un hydramnios très important.
Accouchement à la 30ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 2720 g, d'apgar 4.
Anasarque foeto-placentaire. L'enfant décède 24 h plus tard aux Prématurés présentant un épanchement ascétique et pleuro-pulmonaire avec des oedèmes, mais sans malformations.
Etiologie : anasarque foeto-placentaire.

Obs. 1498 : Primipare de 30 ans. Présente en début de travail une hémorragie par décollement partiel d'un placenta praevia.
Accouchement à terme, par vacuum extractor d'un enfant de sexe féminin de 3250 g, d'apgar 4.
L'enfant décède 9 heures plus tard aux Prématurés dans un syndrome hémorragique cérébro-méningé et viscéral. Signes d'apoplexie utéro-placentaire.
Etiologie : Apoplexie utéro-placentaire.

Obs. 1663 : Primipare de 19 ans. Antécédents familiaux de diabète. Traitement pour nervosité.
Présente un hydramnios très volumineux : 8 litres.
Accouche à la 35ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 2050 g, d'apgar 6.
Présence d'un placenta atrophique.
L'enfant décède 9 heures plus tard aux Enfants Malades dans un syndrome de détresse respiratoire.
L'autopsie n'a pas été pratiquée.
Etiologie : hydramnios + prématurité.

Obs. 1718 : Cinquième pare de 34 ans, présente une pneumonie grippale avec atélectasie segmentaire et hyperthermie à 39. Anémie importante.
Accouche à la 37ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 3530 g, d'apgar 9.
L'enfant décède le jour même aux Enfants Malades dans un syndrome hémorragique : hémorragie méningée hématémèse, pneumonie avec infarctus pulmonaire.
Etiologie possible : atteinte grippale transplacentaire

Obs. 60 : Primipare de 24 ans présentant un hydramnios de 4 litres. Pas d'antécédents de diabète. Accouche à la 31ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 1040 g d'apgar non précisé.
L'enfant décède le lendemain aux Prématurés.
Etiologie : hydramnios + prématurité.

Obs. 1127 : Troisième pare de 23 ans. Antécédents de deux accouchements prématurés. Accouchement prématuré à la 37ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 2590 g d'apgar 9. Liquide amniotique sanguinolant.
L'enfant décède le lendemain au Pavillon des Enfants.
Etiologie : inconnue.

Obs. 1441 : Primipare de 18 ans ayant présenté une pyélonéphrite avec albuminurie importante au 5ème mois de grossesse. Accouchement prématuré à la 27ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 1300 g, d'apgar 10.
L'enfant décède le lendemain aux Prématurés dans un syndrome de détresse respiratoire.
Etiologie : prématurité.

Obs. 1329 : Sixième pare de 30 ans accouche à domicile à la 26ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 1020 g, d'apgar non précisé.
Le placenta présente de nombreux micro-abcès.
L'enfant décède le lendemain aux Prématurés.
Etiologie : Infection d'origine placentaire + Prématurité.

Obs. 778/779 : Primipare de 28 ans présentant un syndrome de toxémie gravidique hypertensive avec tension artérielle à 18/12, albuminurie à 4 g et oedèmes, accouche à la 32ème semaine de deux jumeaux.
Le 2ème jumeau est un enfant de sexe féminin de 1250 g, d'apgar 8 qui décède le lendemain au Pavillon des Enfants
Etiologie : toxémie gravidique + prématurité

Obs. 535/536 : Primipare de 28 ans entre pour hémorragie. Grossesse gémellaire non diagnostiquée. Accouchement à la 30ème semaine.
Le premier jumeau sort en OP. Il s'agit d'un enfant de sexe féminin de 1180 g, d'apgar 8.
Le deuxième jumeau est un siège (SIDP) nécessitant une manoeuvre de Mauriceau sur tête dernière. Enfant de sexe masculin de 940 g, d'apgar 9.
Les deux enfants décèdent aux Prématurés.
Etiologie : hémorragie + prématurité.

Obs. 1404 bis : Seconde pare de 20 ans, accouche à la 28ème semaine d'un siège en SIDP. Expulsion d'un enfant de sexe féminin de 1180 g, d'apgar 4. Enfant née en syncope bleue, réanimée mais décédant 1 h 30 mn après.
Etiologie : prématurité.

Obs. 938 bis : Douzième pare de 36 ans accouche à domicile à la 32ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 1290 g d'apgar non précisé.
Enfant né vivant mais mort à l'entrée à la Maternité.
Etiologie : prématurité.

Obs. 1249 : Quatrième pare de 30 ans ayant des antécédents de deux avortements spontanés, accouche à domicile à la 28ème semaine d'un enfant de sexe masculin de 1270 g, d'apgar inconnu.
L'enfant décède le lendemain aux Prématurés.
Etiologie : prématurité.

Obs. 439 : Primipare de 17 ans, accouche à la 26ème semaine dans une voiture à la suite d'un accident de la circulation.
Expulsion d'un siège de sexe féminin de 1220 g, d'apgar 2.
L'enfant décède aux Prématurés.
Etiologie : prématurité + traumatisme

Obs. 343/344 : Troisième pare de 27 ans arrivant à dilatation complète, accouche à la 31ème semaine de deux jumeaux.
A présenté une hémorragie au 3ème mois de grossesse.
Le premier jumeau sorti en OP, pesant 2030 g d'apgar 10 décède 6 jours plus tard aux Prématurés.
Etiologie : hémorragie du 1er trimestre.

Obs. 485 : Huitième pare de 40 ans, accouche à la 33ème semaine d'un enfant de sexe féminin de 1630 g, d'apgar 7.
L'enfant décède le lendemain aux Prématurés dans un syndrome de détresse cardio-respiratoire.
La mère a présenté une albuminurie à une croix pendant toute sa grossesse.
Etiologie : albuminurie de la grossesse.

II - MORBIDITE NEO-NATALE

Nous allons étudier dans ce chapitre les accouchements ayant donné naissance à des enfants vivants au 7ème jour de vie mais nés avec un bilan d'apgar égal ou inférieur à 7. Nous en comptons 59.

Obs. 104 : Primipare de 17 ans, accouche à terme, spontanément d'un garçon de 2550 g, d'apgar 6. Dilatation 11 h, expulsion 30 mn.
Etiologie : inconnue.

Obs. 142 : Sixième pare de 32 ans, accouche à la 25ème semaine spontanément d'une fille de 700 g, d'apgar 6.
Présentation en SDMDF.
Placenta praevia marginal ayant présenté des hémorragies au cours du 5ème mois de grossesse.
Etiologie : placenta praevia

Obs. 179 : Troisième pare de 33 ans, accouche à terme d'une fille de 2350 g, d'apgar 6. Présentation en SDMDF avec manoeuvre de Mauriceau sur tête dernière.
Durée de dilatation 6 h, d'expulsion 10 mn.
Etiologie : inconnue.

Obs. 180 : Primipare de 27 ans, accouche spontanément d'un garçon de 3250 g, d'apgar 6 présentant un circulaire cervical.
Terme dépassé de 19 jours cliniquement.

Durée de dilatation 22 h, d'expulsion 10 mn.
Etiologie : dilatation trop longue + dépassement de terme.

Obs. 235 : Primipare de 23 ans, accouche à la 35ème semaine d'un siège SDMDF de sexe masculin de 2300 g, d'apgar 5. Accouchement par césarienne pour bassin du type généralement rétréci et parties molles résistantes. Emission de liquide amniotique pré-méconial en début de travail.
Malgré le poids vraisemblablement peu important de l'enfant, on préfère passer par voie haute en raison de signes de souffrance foetale et de la dystocie osseuse. Présence de trois circulaires.
Etiologie : dystocie mécanique.

Obs. 387 : Troisième parè de 21 ans, accouche à terme d'un garçon de 3870 g, d'apgar 5 par césarienne pour arrêt de dilatation. Souffrance foetale avec pH in utéro à 7,14.
Etiologie : arrêt de dilatation.

Obs. 398 : Seconde pare de 22 ans, accouche à la 35ème semaine d'un siège complet de sexe masculin de 2630 g, d'apgar 5. Durée de dilatation 9 h, d'expulsion 15 minutes.
Etiologie : inconnue.

Obs. 442 : Cinquième pare de 35 ans, accouche à la 33ème semaine d'un siège complet de sexe féminin de 1800 g d'apgar 5. Durée de dilatation 6 heures, d'expulsion 5 mn.
La parturiente a présenté un syndrome de prééclampsie durant sa grossesse.
Etiologie : prééclampsie.

Obs. 491 : Troisième pare de 30 ans, accouche d'un siège décomplété SIGA de sexe féminin de 2840 g, d'apgar 5. Terme dépassé cliniquement de 15 jours.
Durée de dilatation 6 h 30, d'expulsion 15 mn.
Etiologie : dépassement de terme.

Obs. 523 : Cinquième pare de 33 ans, accouche à terme d'une fille de 2880 g, d'apgar 5. Césarienne pour souffrance foetale (liquide amniotique méconial et bruits du coeur foetaux irréguliers).
Etiologie : souffrance foetale.

Obs. 531 : Primipare de 23 ans, accouche à la 35ème semaine d'une fille de 2800 g, d'apgar 6. Durée de dilatation 6 h, d'expulsion 30 mn.
Etiologie : inconnue.

Obs. 544 : Primipare de 27 ans, accouche à terme d'un garçon de 4050 g, d'apgar 5 par vacuum extractor pour assistance à l'expulsion (durée non précisée).
Etiologie : lenteur d'expulsion.

Obs. 667 : Deuxième pare dont l'âge n'est pas précisé, accouche à terme d'une fille de 2650 g, d'apgar 6 présentant un circulaire très serré. Durée de dilatation 4 h, d'expulsion 5 mn.
Etiologie : inconnue.

Obs. 749 : Primipare de 23 ans, accouche d'un garçon de 3740 g d'apgar 3. Vacuum extractor car la parturiente est obèse, la progression lente et des signes de souffrance foetale apparaissent.
Terme cliniquement dépassé de 15 jours. Durée de dilatation 12 h, d'expulsion 20 mn.
Etiologie : lenteur d'expulsion chez une obèse à terme dépassé.

Obs. 837 : Primipare de 25 ans, accouche à terme d'une fille de 3420 g, d'apgar 4. Césarienne pour dystocie du col chez une parturiente obèse. pH in utéro 7,06.
Etiologie : dystocie dynamique.

Obs. 852 : Primipare de 24 ans, accouche à terme d'un garçon de 3800 g, d'apgar 6 par vacuum extractor pour arrêt de progression (durée non précisée).
Etiologie : arrêt de progression.

Obs. 982 : Seconde pare de 27 ans, accouche à la 35ème semaine d'une fille de 2900 g, d'apgar 6. Césarienne pour placenta praevia présentant une hémorragie à l'entrée. Présence d'un hématome rétro-placentaire. Enfant nécessitant une déobstruction et une réanimation.
Etiologie : hématome rétro-placentaire et placenta praevia hémorragique.

Obs. 1069 : Quatrième pare de 27 ans, accouche à la 36ème semaine d'une fille de 2320 g, d'apgar 5. Apoplexie utéro-placentaire et hématome rétro-placentaire sans hémorragie extériorisée. Durée de dilatation 4 h 20 mn, d'expulsion 2 mn.

Etiologie : apoplexie utéro-placentaire.

Obs. 1097 : Quatrième pare de 36 ans accouche à la 28ème semaine d'une fille de 1520 g d'apgar 1, née en état de mort apparente et criant après 20 mn de réanimation.

Césarienne vaginale d'urgence pour procidence du cordon avec présentation de la face et hémorragie d'entrée.

Etiologie : cordon procident et hémorragie chez un prématuré.

Obs. 1163 : Primipare de 26 ans, accouche à terme d'un garçon de 2790 g, d'apgar 4, criant après une réanimation de 10 mn. Césarienne pour arrêt de dilatation (dilatation stagnante à 4 cm depuis 5 heures) entrainant une souffrance foetale. Présence d'un noeud au cordon.

Etiologie : arrêt de dilatation.

Obs. 1266 : Deuxième pare de 28 ans, accouche à la 35ème semaine d'un garçon de 3000 g d'apgar 6 se présentant en siège complet et nécessitant une manoeuvre de Bracht sur tête dernière.

A la rupture artificielle des membranes écoulement de liquide amniotique clair et de sang.
Durée de dilatation 6 h, d'expulsion 10 mn.
Etiologie : souffrance foetale.

Obs. 1319 : Cinquième pare de 26 ans accouche à terme d'un siège complet de sexe masculin de 4100 g d'apgar 4 criant après une réanimation de 10 mn.
Durée de dilatation 3 h, d'expulsion 45 mn.
Etiologie possible : durée d'expulsion peut-être un peu longue

Obs. 1365 : Primipare de 22 ans accouche à la 37ème semaine d'un garçon de 1880 g d'apgar 6 criant après une réanimation de 6 mn. Présence d'un circulaire irréductible. Insuffisance placentaire (poids du placenta 300 g). Durée de dilatation 11 h, d'expulsion 15 mn.
Etiologie possible : insuffisance placentaire.

Obs. 1386 : Primipare de 19 ans, accouche spontanément à la 31ème semaine d'une fille de 1770 g d'apgar 5. Présence d'un hématome rétro-placentaire sans hémorragie extériorisée.
Durée de dilatation 6 h, d'expulsion 25 mn.
Etiologie : hématome rétro-placentaire.

Obs. 1397 : Seconde pare de 43 ans, obèse, accouche d'un siège décomplété mode des fesses, de sexe masculin de 4000 g, d'apgar 4 à la naissance et 6 à la 12ème mn. Siège ayant nécessité une manoeuvre de Mauriceau

sur tête dernière. Durée de dilatation 9 h, d'expulsion 60 mn. Souffrance foetale et néonatale
Enfant d'aspect dysmature stade II mais aucune précision sur le terme.
Etat neurologique des plus précaire (débilité profonde)

Etiologie : durée d'expulsion trop longue

Obs. 1487 : Primipare de 19 ans, accouche à terme d'un garçon de 3220 g, d'apgar 5.
Durée de dilatation 8 h 30 mn, d'expulsion 25 mn.

Etiologie : inconnue.

Obs. 1515 : Primipare de 24 ans, née à Hiroshima en mars 1945, accouche à terme d'une fille de 2750 g d'apgar 6, en présentation de SDMDF ayant nécessité une grande extraction.
Enfant présentant des tuméfactions bilatérales des genoux en rapport avec un hématome sous-périosté évoluant vers une calcification en massue. Déperdition sanguine importante. Constitution d'une anémie normochrome précoce. Anomalies neurologiques encore présentes au 12ème jour de vie.
Durée de dialtation 8 h, d'expulsion 20 mn.

Etiologie : inconnue.

Obs. 1650 : Seconde pare de 19 ans accouche à terme d'un garçon de 2770 g d'apgar 4. Durée de dilatation 4 h, d'expulsion 5 mn. Présence d'un circulaire.

Etiologie : inconnue.

Obs. 1698 : Troisième pare de37 ans accouche à la 37ème semaine d'un garçon de 3050 g, d'apgar 2 criant après une réanimation de 10 mn. Césarienne itérative pour dystocie osseuse. Emission de liquide amniotique teinté en début de travail.

Etiologie : dystocie osseuse avec souffrance foetale.

Obs. 231 : Cinquième pare de 29 ans accouche à terme d'un garçon de 3160 g, d'apgar 4. Emission de liquide amniotique très teinté. Durée de dilatation 6 h, d'expulsion 15 mn.

Etiologie : souffrance foetale.

Obs. 630 : Quatrième pare d'âge non précisé, accouche à terme d'un garçon de 2450 g, d'apgar 1 à 1 mn et 6 à 5 mn, en présentation du siège SIGA. Dystocie du col sur tête dernière nécessitant une manoeuvre de Mauriceau.

Durée de dilatation 7 h, d'expulsion 10 mn.

Etiologie : dystocie cervicale sur tête dernière.

Obs. 1524 : Septième pare de 29 ans arrive à dilatation complète et accouche d'une fille de 2320 g, d'apgar 2. Enfant d'aspect dysmature stade III, terme non précisé. Souffrance foetale in utéro (liquide amniotique méconial) et anoxie néonatale majeure. Souffrance cérébrale et anomalies neurologiques cliniques ayant régréssé au 15ème jour de vie.

Durée de dilatation 4 h, d'expulsion 2 mn.

Etiologie : terme dépassé supposé.

Obs. 95 : Primipare de 23 ans, accouche à terme d'un garçon de 3700 g, d'apgar 7.
Durée de dilatation 10 h, d'expulsion 60 mn.
Etiologie : durée d'expulsion trop longue.

Obs. 122 : Primipare de 24 ans, accouche à la 38ème semaine d'un garçon de 2790 g d'apgar 7.
Gain pondéral de 15 kg. Durée de dilatation 2 h, d'expulsion 10 mn.
Etiologie : prise de poids de plus de 10 kg.

Obs. 124 : Primipare de 24 ans, accouche à la 34ème semaine d'un garçon de 2790 g, d'apgar 7.
Oedèmes des membres inférieurs. Durée de dilatation 8 h, d'expulsion 15 mn.
Etiologie : symptome isolé de toxémie gravidique.

Obs. 131 : Primipare de 26 ans, accouche à terme d'un garçon de 3650 g, d'apgar 7.
Durée de dilatation non précisée, d'expulsion 20 mn avec vacuum extractor.
Etiologie : expulsion laborieuse avec nécessité d'assistance.

Obs. 175 : Primipare de 30 ans, accouche à la 38ème semaine d'un garçon de 2880 g, d'apgar 7, par vacuum extractor pour modification des bruits cardiaques foetaux.
Obésité et métrorragies à 3 mois de grossesse.
Durée de dilatation 17 h, d'expulsion 5 mn.
Etiologie : dilatation trop longue chez une obèse ayant présenté des métrorragies.

Obs. 255 : Quatrième pare de 38 ans, accouche à la 41ème semaine d'un garçon de 3200 g, d'apgar 7.
Dépassement de terme d'une semaine (frottis vaginal : régression placentaire). Durée de dilatation 6 h, d'expulsion 10 mn.
Etiologie : dépassement de terme.

Obs. 341 : Primipare de 42 ans, accouche à terme d'une fille de 2500 g, d'apgar 7. Extraction par forceps pour bradycardie et pH in utéro à 7,05.
Mère épileptique,dyspnéique : grossesse sous alepsal.
Durées de dilatation et d'expulsion non précisées.
Etiologie : contexte neurologique chez une primipare âgée.

Obs. 414 : Primipare de 26 ans, accouche à terme d'un garçon de 2700 g, d'apgar 7.
Durée de dilatation 10 h, d'expulsion 45 mn.
Etiologie : inconnue sinon expulsion un peu longue.

Obs. 612 : Troisième pare de 29 ans, accouche à la 29ème semaine d'un garçon de 1260 g, d'apgar 7.
Hémorragie d'entrée due à un placenta praevia.
Etiologie : placenta praevia hémorragique chez un prématuré.

Obs. 663 : Primipare de 25 ans accouche à la 38ème semaine d'un garçon de 1620 g, d'apgar 7.
Hémorragie d'entrée due à un placenta praevia latéral. Durée d'expulsion 10 mn.
Etiologie : hémorragie due à un placenta praevia chez un prématuré.

Obs. 740 : Seconde pare de 31 ans, accouche à terme d'un garçon de 4280 g, d'apgar 7 par vacuum extractor. Oedème du col à 5 cm. Mère anesthésiée pour agitation importante.
Durées de dilatation et d'expulsion non précisées.
Etiologie : dystocie dynamique.

Obs. 743 : Primipare de 24 ans, accouche à terme d'un garçon de 3370 g, d'apgar 7 par césarienne pour dystocie dynamique (antécédent de césarienne - utérus bifide).
Etiologie : dystocie dynamique.

Obs. 751 : Primipare de 34 ans, accouche à terme d'un garçon de 3500 g, d'apgar 7 par césarienne pour épreuve du travail négative avec prérupture utérine.
Etiologie : dystocie dynamique avec prérupture utérine.

Obs. 797 : Primipare de 20 ans, accouche à terme d'une fille de 2730 g, d'apgar 7. Présentation en siège complet nécessitant une grande extraction avec forceps sur tête dernière.
Durée de dilatation 6 h, d'expulsion non précisée.
Etiologie : traumatisme obstétrical.

Obs. 827 : Primipare de 27 ans, accouche à terme d'un garçon de 2640 g, d'apgar 7. Obésité avant la grossesse. Cure d'amaigrissement en cours de grossesse avec signes de toxémie mineure.
Etiologie : obésité + toxémie gravidique mineure.

Obs. 910 : Primipare de 20 ans, accouche à terme d'une fille de 2530 g, d'apgar 7. La mère a présenté un petit syndrome de néphropathie en début de grossesse ayant vite regressé. Il n'en persiste qu'une albuminurie à une croix.

Etiologie : albuminurie à une croix.

Obs. 925 : Troisième pare de 38 ans, accouché à la 35ème semaine par césarienne d'un garçon de 2600 g, d'apgar 7 en présentation transversale de l'épaule. Est entrée pour hémorragie.

Etiologie : hémorragie du 3ème trimestre.

Obs. 1063 : Primipare de 26 ans, accouche à la 33ème semaine d'un garçon de 2360 g, d'apgar 7. Hémorragie du 1er trimestre et signes de toxémie mineure pendant toute la grossesse.

Etiologie : hémorragie + toxémie.

Obs. 1288 : Seconde pare de 24 ans, accouche à terme d'un garçon de 4200 g, d'apgar 7.
Durée de dilatation 2 h 10 mn, d'expulsion 5 mn.

Etiologie : inconnue.

Obs. 1494 : Primipare de 23 ans, accouche à terme d'une fille de 3650 g, d'apgar 7 par forceps de Torme avec épisiotomie après échec du vacuum extractor.
Durée de dilatation 7 h, d'expulsion 20 mn.

Etiologie : enfant endormie à la naissance.

Obs. 1695 : Primipare de 31 ans, accouche à la 39ème semaine d'une fille de 3150 g, d'apgar 7.
Durée de dilatation 10 h, d'expulsion 20 mn.
Etiologie : inconnue.

Obs. 8 : Primipare de 23 ans, accouche à terme d'un garçon de 4300 g, d'apgar 7.
Durée de dilatation 7 h, d'expulsion 1 mn.
La mère a présenté une albuminurie à une croix pendant toute la grossesse.
Etiologie : albuminurie à une croix.

Obs. 70 : Troisième pare de 24 ans, accouche à la 31ème semaine d'une fille de 2240 g, d'apgar 7.
Liquide amniotique purée de pois.
Durée de dilatation 2 h, d'expulsion 2 mn.
Etiologie : prématurité.

Obs. 188 : Seconde pare de 30 ans accouche à terme d'une fille de 3470 g, d'apgar 7.
La mère a présenté une hémorragie au 1er trimestre de sa grossesse.
Etiologie : hémorragie.

Obs. 1054 : Primipare de 24 ans, accouche à terme d'une fille de 3400 g, d'apgar 7.
Durée de dilatation 11 h, d'expulsion 20 mn.
Etiologie : enfant endormie à la naissance.

Obs. 1720 : Sixième pare, d'âge non précisé (ne parle pas le Français), accouche à terme d'une fille de 3200 g d'apgar 7.
Ecoulement de liquide amniotique méconial à la rupture spontanée des membranes.
Etiologie : inconnue.

Obs. 30 : Primipare de 26 ans, accouche à terme d'un garçon de 3300 g, d'apgar 7.
Durée de dilatation 20 h, d'expulsion 1 h.
Etiologie : durée d'accouchement trop longue.

Tableau récapitulatif des causes de mortalité périnatale et morbidité néonatale

	Mort-nés macérés	Morts pdt. le trav.	Morts avt. 7 jours	Apgar 7	Apgar = 7
Procidence du cordon		1			
Placenta praevia hémorragique + D.P.P.N.I.		3	2	2	2
Hémorragies sans cause			1		2
Toxémie gravidique	2	1	3	3	5
Dystocie mécanique				2	1
Dystocie dynamique		1		10	8
Traumatisme obstétrical					1
Pathologie médicale	4	1	2		1
Pathologie chirurgicale		1			
Gain pondéral					1
Dépassement de terme		2		2	1
Souffrance foetale				3	
Enfant endormi					2
Insuffisance placentaire				1	
Prématurité		2	12	1	1
Malformations		1	4		
Avortement provoqué	1	1			
Causes inconnues	3	1	2	8	3

Ce tableau récapitulatif donne la cause probable principale. C'est pourquoi nous n'avons que 14 morts de prématurité, les autres ayant une autre cause de mort.

1°) Mort-nés macérés et mort-nés sans étiologie connue.

. Mort-nés macérés : obs. 260 bis, 581 bis, 860 bis, 1039 bis 1053 bis, 1091 bis, 490 bis, 1662 bis, 1275 bis, 937 bis.

. sans étiologie connue : obs. 1714 bis, 465, 1127.

2°) Mort-nés avec étiologie connue au-dessus des possibilités de prévention à l'heure actuelle.

. Hémorragie du 1er trimestre : obs. 343

. D.P.P.N.I. : Obs. 111 bis, 890 bis

. Avortement provoqué : Obs. 990 bis

. Prématurité : Obs. 583 bis, 395, 574, 133, 1663, 60, 1441 1329, 535/536, 1404 bis, 938 bis, 1249, 439.

. Placenta praevia hémorragique : Obs. 116 bis, 370, 1358.

. Malformations : Obs. 1552 bis, 168, 141, 637, 713.

. Anasarque foeto-placentaire : Obs. 1409

. Apoplexie utéro-placentaire : Obs. 1498

. Atteinte grippale transplacentaire : Obs. 1718

. Procidence du cordon : Obs. 265 bis

3°) Mort-nés qui auraient pu être évités par une surveillance accrue ou une meilleure discipline de la malade.

. Béance de l'isthme : Obs. 1540 ter

. Toxémie gravidique : Obs. 257 bis, 779, 485.

4°) Mort-nés qui auraient éventuellement pu être évités par une autre conduite au cours du travail

. Grossesse prolongée : Obs. 110 bis, 1495 bis

. Travail trop long : Obs. 420 bis

. Gros enfant chez une diabétique obèse : Obs. 1447 bis

Sur ces 51 morts, 4 auraient pu être évitées par césarienne et 4 par traitement de toxémie gravidique ou de béance de l'isthme.

ESSAI DE DEPISTAGE

DES GROSSESSES A HAUT RISQUE

Le bilan de l'année 1969 porte sur 1715 accouchements, soit 1736 enfants dont 51 morts et 59 enfants vivants après la 1ère semaine de vie nés avec un bilan d'apgar égal ou inférieur à 7.

386 femmes ont été suivies aux consultations prénatales du Centre Obstétrical, soit un taux de 22,5 %.

Les 1329 autres femmes peuvent se classer en trois catégories :

. celles suivies par un médecin en ville, adressées pour l'accouchement sans pathologie,

. celles suivies par un médecin en ville adressées pour grossesse pathologique

. celles qui n'ont pas été suivies par un médecin.

Les femmes suivies à la consultation présentent un taux de mortalité de 1,5 %, alors que les autres ont un taux de 3,1 %.

Examinons les étiologies de cette mortalité. Elle est due à différents facteurs :

. soit liés à l'accouchement (traumatisme obstétrical ou anoxie foetale)

. soit liés à la pathologie de la grossesse ou de la femme antérieurement à son état gravide, ceux-ci étant cause de grossesses à haut risque.

. enfin la mort peut survenir sans raison apparente.

Dans le cadre des grossesses à haut risque ayant un antécédent connu, on compte :

. 2 enfants morts chez les femmes suivies à la consultation au Centre Obstétrical, soit un taux de mortalité de 0,5 %

. 27 enfants morts chez les femmes non suivies au Centre, soit un taux de mortalité de 2 %.

Pathologie de la grossesse et antécédents pathologiques de la femme	Enfants de femmes suivies à la consultation	Enfants de femmes non suivies à la consultation
Diabète	2	
Pneumonie grippale compliquée		2
Prééclampsie + Eclampsie		6
Antécédents obstétricaux (avortements, prématurés, mort-nés)		8
Hémorragie du 1er trimestre		1
Atteinte des voies urinaires		5
Albuminurie chez une multipare		1
Syphilis		1
Psychopathie		2
Béance de l'isthme		1

Ce résultat est difficile à interpréter car si certaines femmes n'ont jamais été suivies, d'autres l'ont été par un médecin et même très correctement puisqu'elles ont été envoyées pour pathologie.

Il est certain cependant que les femmes qui ont été suivies dans le service n'ont pas été triées et que le fait d'accoucher à l'endroit où on a été suivie aboutit à une mortalité plus faible que le taux général de mortalité.

C O N C L U S I O N S

I Le bilan de l'année 1969 porte sur 1751 accouchements avec 51 enfants morts avant le 7ème jour de vie, soit 2,9 %, parmi lesquels il a été dénombré :

. 217 prématurés dont 34 morts, soit 15,7 %
. 1519 enfants nés à terme avec 17 morts, soit 1,1 %
. 59 enfants, soit 3,8 % ont un bilan d'apgar égal ou inférieur à 7.

Des tableaux généraux il apparait que :

. la répartition des sexes est normale ainsi que le rapport de mortalité périnatale des garçons et des filles,

. la mortalité périnatale est minimum chez les seconde pares et s'élève considérablement au-delà du quatrième enfant,

. la mortalité des enfants de Nord-Africaines, Espagnoles et Portugaises est inférieure à la mortalité générale,

. la compensation statistique des mortinatalités des différentes catégories de multipares ramène la mortalité moyenne des enfants de multipares au taux général,

. la mortalité est plus grande chez les commerçants et les artisans, elle est relativement basse chez les mères célibataires,

. la mortalité des prématurés reste élevée. La comparaison avec les chiffres de 1895 et 1898 ne manque pas d'intérêt (page 18),

. le taux des interventions est plus élevé que dans les années précédentes, ce qui coïncide avec une amélioration du pronostic des enfants nés à terme (1,1 % pour 2,1 %).

II - PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

. les hémorragies des deux premiers trimestres sont responsables de prématurité mais les enfants nés à terme s'élèvent convenablement. Les hémorragies du troisième trimestre sont dans l'ensemble de haute gravité.

. La maladie gravidique aggrave la mortalité périnatale lorsque la symptomatologie est complète. Elle n'en modifie pas le taux lorsque les symptomes sont dissociés.

. Un gain pondéral de plus de 10 kg au cours de la grossesse ne parait pas avoir d'influence sur les enfants.

. Les infections urinaires coïncident avec un surcroit de prématurés, tandis que les cardiopathies sont sans influence sur la vitalité des enfants.

. La pathologie générale n'a pas grande influence sur la mortalité périnatale si l'on met à part la grippe et le diabète.

. La pathologie chirurgicale est rare dans cette série.

. La mortalité des enfants nés à terme dépassé ne présente pas d'augmentation statistiquement significative.

III - LE TRAVAIL

. Les présentations du siège représentent 4 % des grossesses. La prématurité est fréquente mais 13 enfants sont des jumeaux. La mortalité périnatale est élevée mais la plupart des enfants pèsent moins de 1500 g. Les autres présentations dystociques sont en nombre très faible.

. On note 53 opérations césariennes. Les indications sont fréquentes mais les dystocies mécaniques en représentent une minorité (14/39). Le traitement de la dystocie mécanique donne de bons résultats puisqu'il n'y a pas d'enfants morts, ni d'apgar inférieur à 7.

. La dystocie dynamique est responsable d'une mort d'enfant.

. La procidence du cordon garde toute sa gravité, mais la rupture prématurée des membranes n'a donné lieu à aucune mort foetale.

IV - SUITES DE COUCHES ET NOUVEAU-NE

1°) Les suites de couche :

. La pathologie des suites de couches est variée. 16 thromboses veineuses ont nécessité un traitement à l'héparine : leur évolution a été constamment favorable.

L'allaitement maternel se maintient à 51 % et on observe 103 refus d'allaiter, soit 6 %.

2°) Le nouveau-né :

. 107 ictères ont été traités par corticoïdes ou lumière bleue. 20 ont nécessité une exsanguino-transfusion dont 11 pour incompatibilité Rh.

. Le nombre de malformations reste dans les limites habituelles.

V - MORTALITE PERINATALE

La plupart des causes de mort périnatale sont à l'heure actuelle au-dessus de nos possibilités thérapeutiques. Trois paraissent importantes :

. prématurité d'étiologie inconnue
. hémorragie par placenta praevia et décollement placentaire
. malformations incompatibles avec la vie.

Une meilleure surveillance aurait peut-être pu éviter quatre morts et une extension de l'indication de césarienne quatre autres.

La mortalité périnatale aurait été ainsi abaissée à 43, soit 2,5 % au lieu de 2,9 %. Ce taux de 2,5 % est encore relativement élevé, mais il faut souligner que les C.H.U. recevront toujours un surcroit de pathologie qui ne permettront jamais de comparer leur taux de mortalité périnatale à celui de la population.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 29 décembre 1971.

Le Doyen de la Faculté
de Médecine.

G. CABANEL

Vu, le Président de la Thèse

Pr. Y. MALINAS

B I B L I O G R A P H I E

BONNEFOY L.

Etude statistique de l'activité de la Maternité de Grenoble et de la Mortalité périnatale pendant l'année l'année 1967.

Thèse Médecine, Grenoble 1970.

TARNIER S. et BUDIN P.

Traité de l'Art des Accouchements.

STEINHEIL Edit., Paris 1901.

YTOURNEL T.

Bilan de l'activité de la Maternité Universitaire de Grenoble durant l'année 1968 (Références particulières pour les facteurs de mortinatalité).

Thèse Médecine, Grenoble 1970.

TABLE DES MATIERES

		Page
	INTRODUCTION.....	1
I	GENERALITES.....	3
II	PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE.....	21
	1°) Vomissements gravidiques.....	22
	2°) Hémorragies gravidiques.....	24
	3°) Toxémies gravidiques.....	32
	4°) Infection des voies urinaires.....	41
	5°) Cardiopathies et grossesse.....	43
	6°) Pathologie médicale.....	44
	7°) Pathologie chirurgicale.....	52
	8°) Grossesses prolongées.....	54
III	TRAVAIL.....	56
	1°) Les présentations.....	57
	2°) Les modalités d'accouchement.....	60
	3°) Les dystocies mécaniques.....	64
	4°) Les anomalies de durée de dilatation et d'expulsion.....	67
	5°) Procidence du cordon.....	69
	6°) Ruptures des membranes.....	70
	7°) Révision utérine.....	71
	8°) Hémorragies de la délivrance.....	72
IV	SUITES DE COUCHES - PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NE.....	73

Page

V MORTALITE PERINATALE - MORBIDITE NEONATALE..... 79

1°) Les enfants mort-nés macérés..... 80

2°) Les enfants morts pendant le travail.... 83

3°) Les nouveaux-nés décédés au cours de la première semaine de vie..... 87

4°) Les enfants nés avec un bilan d'apgar inférieur ou égal à 7, vivants au 7ème jour de vie..... 95

VI ESSAI DE DEPISTAGE DES GROSSESSES A HAUT RISQUE... 111

CONCLUSIONS..... 114

BIBLIOGRAPHIE..... 117

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de partis ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.